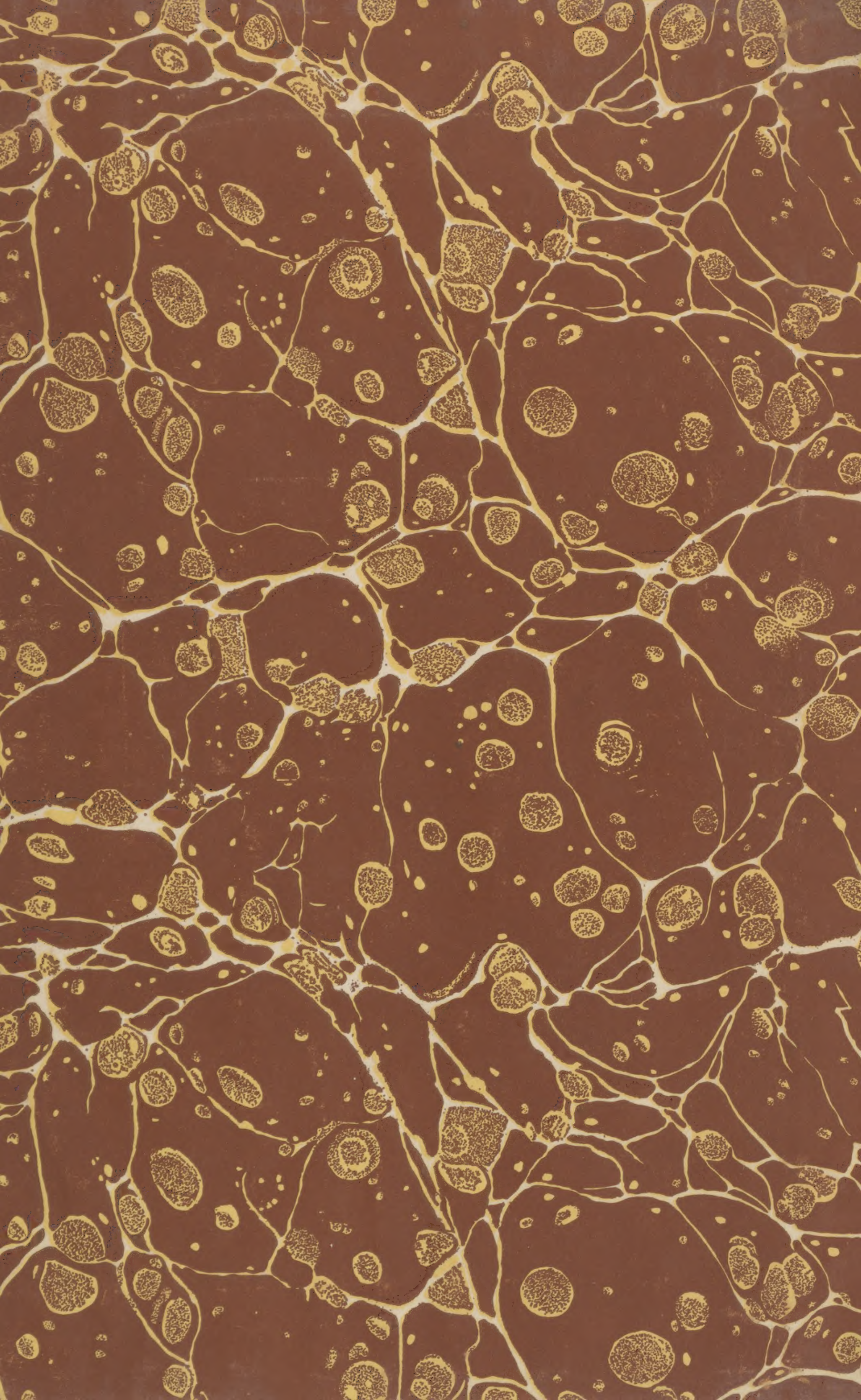
SURGEON GENERAL'S OFFICE
LIBRARY.
Section 23-4-3
No. 256735
No. 113,
W. D. S. G. O.
3—513



BOLETIN

DE LA

Asociación Médica de Puerto Rico.

Año VIII. { SEPTIEMBRE DE 1910. } Número 72.

SUMARIO.

Acta de la Asamblea de Ponce.

En la Ciudad de Ponce, el día catorce de Agosto de mil novecientos diez, á las nueve de la mañana, reunidos en Asamblea los Sres. Doctores anotados más adelante, en su carácter de miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, en los salones de la Casa Consistorial, con el fin de celebrar sesión extraordinaria, en cumplimiento de un acuerdo de la Asamblea precedente que tuvo lugar en San Juan los días 5 y 6 de Diciembre de 1909, al objeto de reorganizar é imprimir nuevos rumbos á la dicha Asociación, quedó abierto el acto bajo la presidencia del Dr. D. Eliseo Font y Guillot, constituyendo la mesa el Dr. Gustavo Muñoz Díaz, Vice-Presidente; el Dr. Manuel Quevedo Báez, vocal por San Juan; el Dr. Eusebio Coronas, vocal por Ponce; el Dr. Francisco Matanzo, Tesorero y el Dr. Francisco Hernandez, Secretario. Se dió, por último, lectura al acta de la sesión de la Asamblea anterior, que fué aprobada por unanimidad, previa una aclaración del Dr. Don

---

Concurrentes: Dres. Font, Quevedo, Muñoz, Matanzo, Coronas, Stahl, Gutierrez Ortíz, Gutierrez Igaravidez, Gonzalez Martínez, Srta. Gatell, Llovet, Garraton, Santaella, Knapp, Giol, Casas, Rivero, Coll y Toste, Ruiz Soler, Vives, Zavala, Ferrán, López Nussa, Suarez, Ponce de León, Salazar, Villaronga, Hernández, Guzmán Soto, Juliani, Ferrán, Vidal, Pila, Ferrer y Acosta.

Pedro Gutierrez Igaravídez, en el párrafo donde dice "mayoría", que debe redactarse diciendo: "una representación nutrida."

El Dr. Quevedo Báez saluda á la Srta. Palmira Gatell, felicitándola por ser la primera mujer puertorriqueña que con el honroso título de Doctor concurre á nuestras Asambleas.

El Presidente invita á los Médicos presentes no asociados, á fin de que aprovechen esta oportunidad para prestar su adhesión á la institución, pudiendo á la vez, de esta manera, dar su valioso concurso en las deliberaciones con su voz autorizada y emitir su voto en las mismas. A tal ruego todos los concurrentes incursos en aquella condición y en el mismo acto, ingresaron como miembros de la Sociedad, dándose lectura por el Sr. Tesorero á los nombres de los mismos.

El Secretario dá lectura á las cartas, telegramas y tarjetas de felicitación, representación y delegación en miembros de la Directiva y otros asociados que fueron los siguientes: Dr. J. Esteban Saldaña, Dr. Jesús Monagas, Dr. Jimenez Serra, Dr. Cueto, Dr. Doval, Dr. Casimiro García del Valle, Dr. Roses Artau, Dr. Belaval, Dr. Vélez Lopez, Dr. Canino, Dr. Pedro Hernández, Dr. Marcos R. Manzano, Dr. Joaquín Martínez Guasp, Dr. José Barreras, Dr. Fernando González, Dr. Ana Janer y Dr. José M. Saldaña.

El Dr. Quevedo Báez, secundado por el Dr. Muñoz Díaz, propone que las delegaciones representen las ideas y los votos de los delegantes si así lo acordaba la Asamblea, á quien considera soberana y como tal con derecho legítimo á tomar esa resolución. El Dr. Matanzo consume un turno en contra, manifestando que cuando empieze la discusión sobre reformas del Reglamento, debe incluirse en el mismo un artículo que defina de una vez para siempre este particular, que surje invariablemente en todas las Asambleas. El Dr. Gutierrez Igaravidez hace constar que en actos anteriores ha quedado resuelto este punto, que constituye verdadera jurisprudencia en sentido negativo á la moción del Dr. Quevedo Báez.

El Dr. Stahl consume otro turno exponiendo razones que no son pertinentes al punto concreto en discusión, por cuya razón la Presidencia le llama la atención para que se ciña extrictamente al tema objeto del debate, renunciando al uso de la palabra.

Puesta á votación se acordó por mayoría que las representaciones tengan voz pero no voto.

Se dá lectura á una carta del Dr. Manzano, en la que pide se le sustituya en su cargo de Delegado por el Distrito de Mayagüez,

así como á un memorial de la "Central Labor Union" de la misma ciudad, resolviendo se pospongan ambos particulares hasta que termine la discusión de los asuntos comprendidos en la orden del día que tienen indiscutible prioridad á toda otra cuestión.

Propone el Dr. Quevedo Báez, que la Asamblea dirija un telegrama saludando al Gobernador, á lo que se opone el Dr. Gutierrez Igaravidez por entender que esta Asamblea es de carácter privado, constituyente y administrativo, considerando oficioso ese saludo; que sería pertinente y oportuno si se tratasen problemas que pudieran tener un carácter oficial ó que hubieran de reflejarse de algún modo en la vida pública ó que afectasen intrínsecamente á la Higiene y Sanidad de la Isla. El Dr. Quevedo retira su proposición, pero hace constar que ella no es una mera oficiosidad, es algo más levantado que eso: es un medio demostrativo de la existencia de la Asociación Médica, organismo que debe por todos los medios á su alcance justificar que vive con vida sana y robusta.

El Presidente lee una carta del Sr. P. J. Besosa invitando á la Asamblea á visitar la instalación que lleva el nombre "The Ponce Sanitary Milk Co." El Dr. Garraton opina que debe nombrarse una Comisión de la Asamblea que llene ese cometido. El Dr. Coronas expresa que debe dejarse en libertad de concurrir ó no sin violentar la libertad individual de los asambleistas. El Dr. Suarez observa que debe definirse si esa visita constituye solamente un acto de presencia ó envuelve fines informativos ulteriores. El Dr. Gutierrez Igaravidez dice que si bien es cierto que la Asociación Médica es una autoridad científica de elevado prestigio, no obstante á ella no le compete é incumbe determinar el apoyo que deba darse á ninguna institución particular, pues para ese fin existen las Autoridades Sanitarias. El Dr. Salazar entiende que el hecho de la visita no obliga á una favorable información, en contraposición con las ideas del Dr. Rivero, que se pronuncia en el sentido de que tal visita pueda envolver la idea de un "reclamo."

El Presidente reasume el debate, y puesto á votación, se aprueba hacer la visita á la "Ponce Sanitary Milk Co." á la una de la tarde de este día.

El Tesorero lee una información de su dependencia que merece los plácemes de la Asamblea.

Y siendo las doce y media p. m., se suspende la sesión para reanudarla á las tres de la tarde.

Reanudada á esta hora la sesión, el Presidente Dr. Font y Guillot dirije á la Asamblea una alocución, haciendo una breve

historia de la penosa crisis que hubo de atravesar la Asociación Médica en el pasado año; elogia con frases brillantes la conducta generosa de los médicos de Ponce en la solución de aquella crisis, para quienes pide que la Asamblea en pleno puesta de pie tribute un aplauso digno de tan meritísimos compañeros (así lo hizo la Asamblea). Hace un caluroso llamamiento á todos los que integran la clase médica puertorriqueña para que se unan con cohesión fuerte y firme en una sola entidad, robusteciendo y apretando el lazo de la solidaridad, ya que amargas y desconsoladoras experiencias han demostrado que aislados é individualmente no se guardan los respetos y la consideración á que son acreedores los médicos, mientras que unidos constituirán una gran fuerza social, quizás la más intensa del país, fuerza que se haría sentir en todos los organismos públicos. Hizo resaltar en prueba de sus afirmaciones la circunstancia depresiva de que en la Cámara de Delegados ni un solo médico ocupó un pupitre de la misma, al contrario de otros paises, Cuba, por ejemplo, que cuenta en su Cámara baja con 16 representantes, razón por la cual sus leyes sanitarias son sabias y en armonía con las necesidades y adelantos de la moderna Higiene pública. Terminó en un párrafo sugestivo incitando á formar la casa solariega de la clase médica, levantada sobre el hombro de todos, para que esa asociación nuestra, genuinamente puertorriqueña, conservase pura, incontaminada y limpia el alma de nuestra tierra.

Concedida la palabra al Dr. D. Manuel Zavala, manifiesta en párrafos brillantes que hace suyos los conceptos expresados por el Dr. Font y Guillot, y que con el fin de combatir el individualismo, que es el fermento nocivo, factor etiológico de la enfermedad que padece el cuerpo médico de Puerto Rico, individualismo y egocentrismo, origen de todos los males sociales y de todos los perjuicios morales y materiales de la clase médica, se hace necesario levantar el espíritu de asociación, determinando una sólida cohesión de los elementos médicos; que se faculte y autorice á los Delegados departamentales de la Isla, para que nombren sus juntas de distrito, estableciendo así relaciones mutuas, íntimas y contínuas entre todos los asociados de las mismas, los del resto de la Isla y los del cuerpo directivo; reuniéndose cada 3 meses por lo menos en asambleas parciales, ó antes si la necesidad ó la urgencia de ciertos intereses profesionales lo exigiere, ateniéndose en su funcionamiento á lo establecido en los reglamentos de la Asociación. De ese modo, concluye, se harán prietos los lazos de la solidaridad y se obtendrán resultados que jamás se conseguirían

en la forma y modo que hoy realizan sus funciones aquellos delegados. Las palabras del Dr. Zavala fueron oidas con profunda atención y al terminar fué saludado con grandes aplausos.

El Dr. Garraton pregunta qué representación tienen en la acutualidad los Delegados de Distrito, y el Presidente le contesta que en la reforma del Reglamento hecha en la anterior Asamblea se establece que tales delegados son vocales natos de la Junta Directiva.

Se procede á entrar en la orden del día, leyéndose antes por el señor Secretario los artículos del Reglamento sobre "Discusiones" á fin de metodizar las mismas y no gastar el tiempo en discreteos estériles ó infecundos. Esta lectura que fué repetida, da motivo á un pequeño incidente entre la Presidencia y el Dr. Coll y Toste.

El Dr. Queevdo Báez propone que se trate, estudie y analize primero el problema de la incorporación, á cuyo efecto pide la palabra el Dr. González Martínez para defender la incorporación, siendo secundado por los doctores Suarez y Gutierrez Ortíz. Defiende la incorporación, por los grandes beneficios que según sus opiniones reportaría á nuestra Asociación.

El Dr. Coll hace presente á la presidencia, que se ha empezado á discutir sin haberse presentado proposición alguna; aquella contesta, que no hay necesidad de formular proposición alguna porque todos los particulares comprendidos en la orden del día tienen el caracter de tales, como sucede con la incorporación, y que á mayor abundamiento, el Dr. González Martínez lo hizo suyo, presentándolo como proposición propia, que fué, como se ha visto, secundada por los Doctores Suarez y Gutierrez Ortíz.

Satisfecho el Dr. Coll con esta explicación, propone una enmienda en el sentido de que se acepte la incorporación en principio, pero posponiéndola para mejor oportunidad, por entenderla inoportuna en los actuales momentos, debiendo aguardarse hasta que se defina de un modo concreto y categórico nuestro "status político", para que el pueblo de Puerto Rico sepa á qué atenerse cuando le rija una constitución definitiva.

El Dr. Ponce de León le contesta manifestando de un modo enfático que la incorporación á la Asociación Médica Americana no puede ni debe sujetarse á las exigencias de la política, por constituir su finalidad un objeto científico y de confraternidad profesional.

El Dr. Suarez también se pronuncia en contra de lo manifestado por el Dr. Coll y con sólida argumentación se declara parti-

dario de la incorporación sin dilaciones que no se explica y sin prejuicios políticos ni de nacionalidad.

El Dr. González Martinez explica y razona los motivos y las ventajas que en su concepto se obtendrían de la incorporación y entre ellas la adopción de un Código de Etica Profesional, de necesidad urgente, tan urgente que esta sola consideración es suficiente para resolver la incorporación inmediata.

El Dr. Vogel apoya al Dr. Coll y dice que no juzga necesaria la incorporación inmediata y que sin ella la Asociación Médica de Puerto Rico puede adoptar su Código de Etica profesional.

El Dr. Rivero entiende que deben investigarse, estudiarse y analizarse concienzudamente las ventajas de la incorporación que él no descubre, y que no vé tampoco el brillo que según el Dr. González Martínez daría á nuestra Asociación tal proceder, brillo que sería más aparente que real y efectivo.

Rectifican los Dres. Coll y González Martínez y puesta á votación la enmienda es derrotada.

Derrotada la enmienda se pone de nuevo á discusión la proposición original, concediéndose tres turnos en pro y tres en contra; piden la palabra en pro los Dres. González Martínez, Llovet y Ponce de León y en contra Quevedo Báez, Matanzos y Coll y Toste.

El Dr. González Martínez amplía los argumentos ya emitidos y los robustece con nuevas razones, analiza las ventajas de la incorporación, la que después de todo, según el, á nada obliga y pide que se vote la incorporación. El Dr. Llovet expone repitiéndolas las mismas razones aducidas por el Dr. González Martínez y el Dr. Ponce de León, saliéndose de la cuestión objeto del debate, vuelve á tratar del Código de Etica profesional, y la Presidencia le llama la atención por tres veces para que se ciña al punto concreto de la discusión, terminando por renunciar al uso de la palabra.

El Dr. Quevedo se levanta á consumir un turno en contra de la incorporación, pronunciando un discurso vibrante, de tonos patrióticos inspirados en el más puro y elevado regionalismo; enaltece las brillantes cualidades de la clase médica puertorriqueña, increpa á los partidarios de la incorporación; considera una mengua tal acto, y en el calor de la improvisación dirige algunas frases mortificantes á los sostenedores de la opinión opuesta; el Presidente toca la campanilla, hace observaciones al orador y éste de buen grado explica el alcance de sus frases, explicación que satisface á la Asamblea.

Habla el Dr. Matanzos, también en contra, y expone nuevas y varias razones que llevan al ánimo de la Asamblea la idea de la no incorporación.

El Dr. Coll dice que, además de lo que antes manifestara, insiste nuevamente en que debe posponerse esta cuestión hasta que esté suficientemente estudiada, que juzga prematura la incorporación, y que ninguno de los presentes necesita la imposición de un Código de Etica exótico, por llevar grabados en la conciencia los cánones morales que se enseñan y se aprenden en las universidades europeas, sabido como es que en ellas se presta un juramento que obliga al ejercicio del bien y al mutuo respeto en las relaciones de médico á médico, cuando se recibe la investidura de licenciado ó Doctor en Medicna.

El Dr. Gutierrez Ortiz pide la palabra para consumir un turno en pro de la incorporación ,fundándose en que habiendo renunciado el Dr. Ponce de León el que le correspondía, puede consumir reglamentariamente el que solicita.

La Presidencia consulta á la Asamblea y ésta acuerda que se otorgue la palabra al Dr. Gutierrez Ortíz, el que pronuncia un discurso que es.oido con gran atención.

Se vota la incorporación y es derrotada por una gran mayoría. Se suspende la sesión durante diez minutos.

Reanudada la sesión se pone á discusión el proyecto de reforma del Reglamento, á cuyo fin el Presidente explica los motivos y expone las razones por qué la Directiva no presenta un proyecto propio como era su deber. La Asamblea celebrada en San Juan los días 5 y 6 de Diciembre del año pasado nombró una Comisión para ese objeto; se convocó repetidas veces á los miembros que la componían encareciéndoles el cumplimiento de su cometido; unos renunciaron, otros callaron sin que feuse posible tener un meeting, en vista de lo cual el Presidente encomendó tan árdua labor al Dr. Quevedo Báez, en la seguridad de que con su claro é indiscutible talento, había de llenar aquel vacío y subsanar aquella falta.

El Dr .Coll propone un voto de gracias para los Dres. Font y Quevedo por esa labor: se acuerda por unanimidad.

El Dr. Font y Guillot deja la presidencia, que ocupa el Vice-Presidente Dr. Muñoz Díaz.

El Dr. Quevedo Basz dá lectura al articulado del reglamento reformado, que suscita vivas y animadas discusiones en las que intervienen el Dr. Gutierrez Igaravídez, Dr. Rivero, Dr. González

Martínez, Dr. Coll y Toste y Dr. Gutierrez Ortíz, aprobándose las enmiendas en la forma que se publica en otra sección de este número.

El Dr. Coll y Toste pide que la "Academia Médico Quirúrgica de San Juan" se incorpore á la Asociación Médica. El Dr. Font y Guillot que ocupa un asiento en el salón se opone, manifestando que dicha Academia se creó para fines distintos de los que persiguen é informan los Estatutos de la Asociación, aunque coincidiendo en las líneas generales. Aquel cuerpo científico constituye un ensayo, una experiencia de algo trascendental, que cuando llegue á la plenitud de su desarrollo pueda ser incorporado á la Asociación. Por otra parte, dicha Academia es como un ejemplo, como un modelo que podían imitar y copiar las ciudades que contasen con ocho ó diez médicos, y ellas serían nexo fundamental con nuestra Asociación, no debiendo, por tal razón, confundirse con esta, y usando una locución de uso común, dichas academias hoy por hoy vendrían á ser como la antesala del organismo fundamental que se llama Asociación Médica de Puerto Rico. El Dr. Coll retira su petición.

El Dr. Quevedo Báez formula una moción para que en el Reglamento, formando parte de su articulado, consten las bases y la organización del Montepío médico. El Dr. Font se opone alegando que hacer eso es confundir cuestiones sinó incongruas al menos opuestas bajo el concepto de especialidad de cada una, y prueba de ello es que en la orden del día aparece ese particular de manera concreta y determinada, la "Creación de un Montepío médico." El Dr. Quevedo retira su moción.

El Dr. Zavala, en armonía con lo que antes manifestara, propone que no solo conste en el acta, sino que expresamente se incluya en el Reglamento, que los siete Delegados queden autorizados para formar sub-asociaciones locales y celebren asambleas cada 3 meses, nombrando su correspondiente junta de gobierno, á lo que accede la Asamblea.

Se pone á discusión el apartado referente á "Arbitrios", previa información de la Presidencia sobre las gestiones practicadas ante el Attorney General y el Tesorero, á fin de cohonestar los intereses de la Asociación y las leyes del caso. El Dr. Rivero pide que por la importancia de este asunto y lo avanzado de la hora se suspenda la sesión para continuarla á las 8 de la noche; pero antes solicita que la Asamblea otorgue un voto de gracias á la Directiva por su meritísima labor, considerando las circunstancias difíciles y la responsabilidad que asumió al encargarse de la

dirección de la Asociación Médica de Puerto Rico. Es acordado por unanimidad.

Reanúdase la sesión á las ocho y media de la noche, continuando el debate sobre el procedimiento y forma que deba adoptarse para la creación de arbitrios, concretándose el punto en dos extremos: uso de un sello ó de un papel especial para las certificaciones.

El Dr. Font deja le presidencia para terciar en la discusión, y manifiesta que es imposible la adopción del sello ó timbre especial por temor de incurrir en contravenciones que pudieran ser penables por las leyes federales, decidiéndose por el papel especial el que debe llevar un membrete en el encabezamiento de la hoja y una nota al final de la misma, indicativa del importe de dicho papel, que llevará á la vez en sus márgenes laterales las rúbricas del Presidente y del Tesorero. Tomaron la palabra los Dres. Coll Rivero y González Martínez, siendo acuerdo aceptar lo propuesto por el Dr. Font así como el precio de cada hoja que será de un dollar.

El Dr. Font ocupa de nuevo la presidencia y lee un memorial dirigido á la Asamblea por la unión obrera central del departamento de Mayagüez, en el que se pide que la Asamblea vote una suma para la impresión y distribución gratuita á los obreros del trabajo ó trabajos que resulten premiados en el Certámen Anti-tuberculoso que se está celebrando en la ciudad de Mayagüez por aquel organismo de la Federación Libre.

Hablan los doctores Coll, Coronas y Quevedo Báaez, no precisamente contra el espíritu que informa el texto de la comunicación con el cual desde luego se encuentran conformes é identificados, sino por lo mezquina que sería la cantidad que pudiera votar la Asociación, mezquindad inarmónica con el prestigio de la misma.

El Dr. Gutierrez Igaravidez se expresa en el sentido de que si se trata de la vulgarización de los conocimientos y preceptos que regulan la profilaxis y medios de combatir la tuberculosis, el procedimiento más adecuado para complacer á los peticionarios es que la Asociación Médica refiera aquel memorial al Bureau de Enfermedades Tropicales y Transmisibles y á la Liga Anti-tuberculosa, de las que es Presidente y Vice-Presidente respectivamente, ya que ambos organismos tienen en el presupuesto apropiación para la vulgarización de trabajos de esa naturaleza, si se justifica su utilidad é importancia.

El Dr. Matanzos, en su carácter de Tesorero, manifiesta que

debe aceptarse la solución propuesta por el Dr. Gutierrez Igaravidez, porque la escaséz de recursos pecuniarios de la Asociación no le permiten votar cantidad digna de su prestigio; y que en tal concepto se conteste á los peticionarios por conducto de la Presidencia en el sentido que se expresa á continuación y que es aprobado unánimemente:

"Comunicar á los peticionarios que la Asociación Médica no puede ni debe aparecer mezquina votando una cantidad inarmónica con sus prestigios, y tal sucedería en estos momentos de constitución y de reorganización de la misma; pero apoyará y hará suya esa solicitud, recomendándola á los municipios y á la Cámara Legislativa de Puerto Rico. Además, da á la Unión Obrera la seguridad de que este mismo asunto será referido y recomendado eficazmente por la misma Asociación al Bureau de Enfermedades Tropicales y Transmisibles y á la Liga Anti-Tuberculosa, que pueden y deben favorecer el objeto de que se trata, pues ambas entidades tienen apropiación para trabajos de vulgarización y ninguna vulgarización más recomendable que la contenida en el memorial de la Federación Libre."

A propuesta del Dr. González Martínez se acuerda autorizar á la Directiva para que cuando los recursos de su Tesoro lo permitan, se convoque á certámenes científicos anuales sobre temas relacionados con la lucha anti-tuberculosa y otros problemas patológicos, en especial de enfermedades tropicales y transmisibles, imprimiendo con cargo á sus fondos la memoria que resulte premiada, donando la mitad de los ejemplares al autor y la otra mitad á disposición de la Asociación; y si las circunstancias económicas lo aconsejasen, se acordarán así mismo premios adecuados cuya sustantividad se encomienda al juicio de la misma Directiva.

Se pone á discusión otro punto del programa: "La Biblioteca Circulante" y el periódico de la Asociación. Respecto á la primera se acuerda que cada uno de los comisionados de Distrito consiga de los asociados bajo su jurisdicción una obra antigua ó moderna de Medicina ó Cirujía, ó de Ciencias biológicas experimentales y antropológicas, como base de la misma, que se sumarán á las que el Tesoro de la Asociación pueda adquirir por compra ó por suscripción de Revistas, enciclopedias, etc., etc. A este fin queda autorizada la Directiva para nombrar un Médico Bibliotecario responsable de la custodia de la misma, quien á su vez hará responsables á los Delegados de Distrito por conducto de los cuales se facilitarán á los asociados los libros que pidieren dando el correspondiente recibo.

Se acordó reanudar la publicación del periódico de la Asociación, sin cambiarle el nombre anterior como solicitó el Dr. Coronas, conservando el de Boletín de la Asociación Médica, que se distribuirá gratis entre los asociados. Se autorizó á la Directiva para que en su oportunidad nombrase dos comités de redacción, uno en San Juan y otro en Ponce, así como el día del mes y demás particulares concernientes á la publicación. Los jefes de distrito donde no haya comité asumen el caracter de aquellos. Y como siempre se hizo difícil la corrección de pruebas, el Dr. Quevedo Baez propone el nombramiento de un clerk que es aprobado por la Asamblea, dejando á la Directiva la designación de la persona que desempeñe ese cargo.

Se procede á nombrar por vacancia los delegados de la Asociación, correspondientes á los Distritos de Mayaguez y Guayama El Dr. Quevedo Baez propone para el primero al Dr. D. Joaquín Martínez Guasp y el Dr. Gutierrez Ortiz para el segundo al Dr. Ruiz Soler, siendo aprobados por unanimidad ambos nombramientos.

A propuesta del Dr. Font y Guillot se crea una oficina en San Juan, que será en lo futuro el hogar de la Asociación.

Tras un breve receso se pone á discusión la adopción de un código de Etica profesional, haciendo uso de la palabra el Dr. Ponce de León, quien dá lectura á un trabajo sobre la necesidad de redactar un código ó adoptar uno conocido, recomendando al efecto se estudie bien el Código de Etica de la Asociación Médica Americana.

Tercian en el debate los doctores Coll y Matanzo aprobándose á propuesta del último, una comisión que traduzca y presente á la próxima Asamblea un informe sobre aquel Código, pidiendo que se autorice á la Directiva para el nombramiento de aquella comisión, como así se acordó.

El Presidente explica á la Asamblea la labor y la forma en que se aprobó la Ley de Higiene y Sanidad por la Cámara de Delegados en la pasada legislatura; y á indicación del Dr. Font, el Dr. Gutierrez Igaravidez hace una reseña de dicha Ley, de los principios que la informan y de las modificaciones de que es aún susceptible; para cuyo nuevo estudio y modificaciones el Dr. González Martínez propone que se nombre una comisión que presentará el proyecto reformado á la próxima Asamblea y ésta á su vez á la Cámara de Delegados y Consejo Ejecutivo.

A propuesta del Dr. Matanzo se nombra por aclamación una comisión compuesta de médicos residentes en Ponce, y son los

Doctores Salazar, Villaronga, Coronas, de la Pila Iglesias y Ferrer.

El Presidente habla sobre la posibilidad de que la Ponce Sanitary Milk Co. solicite algún informe sobre la visita á la misma, nombrándose para aquella eventualidad una comisión que dé su informe á la Directiva compuesta de los doctores Giol, Oficial de Sanidad de Ponce, Ferrán, Médico Patólogo y el Dr. Suarez, ambos también de la referida ciudad.

Vuelve á tratarse del Monte-pío Médico, proponiendo el Dr. Matanzo el nombramiento de otra comisión que haga viable tan capital asunto, pero de una manera efectiva que asegure el éxito más completo, y aunque el Dr. Quevedo Baez se opone por motivos de delicadeza, se nombra aquella compuesta del mismo Dr. Quevedo, Coll, Rivero y Font, quienes presentarán un proyecto en su oportunidad bajo la base del seguro temporal.

Se propone por el Dr. Matanzo se dirija una comunicación al Board de Médicos Examinadores para que en los límites de su jurisdicción y competencia, abra una campaña en persecución de los que se dedican al ejercicio ilegal de la medicina. Fué aprobada por unanimidad.

Y agotada la orden del día, y no habiendo otros asuntos de qué tratar se dá por terminado el acto, no sin antes acordarse que la próxima Asamblea se celebrará en San Juan en la fecha reglamentaria; y sin que la Presidencia en breves frases diese las más expresivas gracias á los compañeros de Ponce que tan gran parte han tomado en el verdadero éxito de esta Asamblea, haciendo especial mención del Dr. Guillermo Salazar. Se acordó que por conducto del precitado doctor se enviasen las gracias al Alcalde de la ciudad por la generosa cesión de los salones consistoriales en donde se celebró la Asamblea.

Comités de Redacción.

Deseosos de mejorar en lo posible las condiciones de esta publicación dándole facilidades para nutrir sus columnas con trabajos de positivo interés profesional, y con el fin de poder brindar á nuestros consocios una selecta información sobre los últimos y más brillantes adquisiciones de la Ciencia médica, hemos organizado el Comité de Redacción en forma distinta de como se constituyera en años anteriores.

Saltaba á primera vista la necesidad de dividir el trabajo dis-

tribuyéndolo cuando menos entre dos secciones autónomas que procedieran libremente en todas sus resoluciones pero que fueran así mismo responsables en absoluto de la labor á ellas encomendada, sin romper, no obstante, la unidad y la harmonía del programa que para nuestro Boletín se propuso trazar el cuerpo directivo de la Asociación, y que será un deber de los redactores desarrollar con exquisita corrección y con ardiente celo.

Es igualmente nuestro propósito que el Boletín sea desde el primer momento una publicación seria, por todos conceptos digna representante de la cultura médica del país; y el Comité de Redacción, para alcanzar esta hermosa finalidad, habrá de ejercer una vigilancia sagaz y cuidará de tener mucho esmero en la selección de los artículos, memorias y notas que hayan de ir á sus columnas.

En tal virtud, recomendamos á los numerosos y distinguidos colaboradores de San Juan y de la Isla, que para aligerar la pesada carga que sobre sus hombros llevan los compañeros del cuerpo de redacción y con el objeto de imprimir al periódico sello peculiar de originalidad y hacerle conquistar un distinguido puesto entre las publicaciones médicas nacionales y extrangeras, ayuden á nuestro Boletín remitiendo notas sobre observaciones de verdadero interés científico, pero notas comentadas haciendo resaltar la particularidad del caso, ó enviando memorias sobre trabajos originales.

Y para que el periódico aparezca invariablemente el día 30 de cada mes, suplicamos asímismo que todos los artículos de colaboración se remitan al Director Dr. Font y Guillot con anterioridad al día quince del mes correspondiente. De este modo las secciones del Comité de redacción tendrán lugar de revisar los originales y hacer una selección cuidadosa.

He ahí ligeramente esbozado el programa que la Directiva de la Asociación Médica en reunión conjunta con el cuerpo de redactores de su Boletín en San Juan, acordó trazar como derrotero que en el futuro habría de seguir dicha publicación.

Este programa y otros importantes acuerdos que, relacionados con el asunto se tomaron en las últimas reuniones de nuestra Directiva, pueden resumirse en las siguientes disposiciones:

1o. Será Director del Boletín de la Asociación Médica el Presidente de la misma, actualmente Dr. D. Eliseo Font y Guillot.

2o. Se crea un cuerpo de redacción constituido por dos Comités, uno en San Juan y otro en Ponce.

El Comité de San Juan hará la corrección de pruebas de los artículos seleccionados y remitidos por el de Ponce.

4o. El Comité de San Juan se dividirá en dos secciones, una médica y otra quirúrgica.

5o. Son miembros de la sección de Medicina los Dres. J. E. Saldaña, Gustavo Muñoz Díaz, Ramón Ruiz Arnau, Manuel Quevedo Baez y J. López Sicardó.

6o. Son miembros de la Sección de Cirujía los Dres. Francisco Matanzo, Rafael Velez Lopez, J. Lopez Antongiorgi, J. H. Rivero, Rafael Cestero é I. González Martínez.

7o. Son miembros del Comité de Ponce los Dres. Guillermo Salazar, Gabriel Villaronga, de la Pila Iglesias, Eusebio Coronas, Guillermo Vives y Manuel Zavala.

8o. Desde el 1 al 5 de cada mes se reunirán ambas secciones del Comité de San Juan para proceder á la selección de lor artículos que hubieren de publicarse en el número correspondiente.

9o. Todo trabajo de colaboración y también los del Comité de Ponce deberán ser remitidos al Director del periódico antes del día quince de mes, para poder así endosarlos oportunamente á la sección respectiva del Comité.

10. Todo artículo, nota ó memoria que llegue después de la expresada fecha, será pospuesto para el número próximo y considerado por el Comité en su reunión más inmediata.

11. Los artículos escritos por miembros del Comité de redacción serán examinados por los demás miembros de la sección correspondiente sin que el autor pueda tener participación alguna directa ni indirecta en dicho exámen.

12 y último. Cada sección del Comité de Redacción será totalmente responsable de las resoluciones que adopte durante el exámen de los artículos, memorias y notas recibidas, y principalmente de los que por cualquier circunstancia no se publicaren.

La "Asociación Médica de Puerto Rico"

Hace ya ocho años que se fundó la Institución que responde al rubro que antecede á estas líneas. Cinco años han transcurrido desde que, previa una numerosa reunión de médicos de varias ciudades de la Isla y de esta Capital, sancionaron el voto de los allí presentes, y por unanimidad, la existencia real de nuestra sociedad.

Como toda obra humana, no pudo salir perfecta desde sus co-

mienzos la realizada por aquellos señores médicos y ni aún ahora, puede decirse, que lo sea.

El número de los socios es hoy visiblemente mucho mayor que al comienzo de la labor emprendida. Pero á la idea de la Asociación, deben concurrir todos, absolutamente todos los médicos que profesan en la Isla; para cuya determinación no basta sinó la voluntad para inscribirse como socios, solicitándolo, y por un verdadero deseo de contribuir al progreso científico, moral y material de la clase médica y por consecuencia de la Sociedad en general.

La Asociación Médica necesita que todos los médicos pertenezcan á ella, para poder realizar sus fines.

Un pequeño grupo mayor ó menor de médicos no logrará, por más que así lo desee, cumplir esos fines de progreso, faltando el concurso de la totalidad de los médicos que aún no se han decidido á ingresar como socios para darle el impulso necesario á los trabajos que la Sociedad deba realizar.

Los actos que pueda llevar á cabo la Sociedad, ó el criterio que mantengan algunos socios, si son ó pueden ser objeto de la crítica por no ser justos ó ser erroneos, continuarían llevándose á cabo y manteniéndose. Pueden evitarse los primeros y rectificar los segundos, pero esto solamente después que los médicos que no estuviesen conformes con ellos, ingresen en la Sociedad, y una vez en su seno, trabajen por el progreso científico, moral y material de la clase médica de Puerto Rico, objeto y fines para que fué creada la Asociación Médica.

No hemos venido á esta Asociación á recibir honores, á buscar aplausos ni á usurpar derechos que á otros puedan pertenecer. A la Asociación Médica hemos llegado y los que hayan de venir también, por "deber ineludible' de hombres, con la facultad de pensar libremente y la obligación de trabajar por el engrandecimiento de la patria. Elevar el concepto intelectual y moral del médico es engrandecer el nombre de nuestra tierra.

Ningún obstáculo, ni las diferencias políticas ni las de orden personal tampoco, se opondrán á que las ideas de uno cualquiera de los socios lleguen á conquistar ó alcanzar el éxito que se propongan.

La victoria de uno, como de todos, si en el campo del estudio llegan á obtenerse, no pertenecerán al individuo solo; son y serán conquistas de la Asociación que representa para nosotros á la Ciencia misma, que nos invita al estudio y ordena cumplamos con la obligación de honrarla,

Ya sabemos muy bien, que no vamos á hacer ciencia nueva. Pero sí sabemos que es muy necesario que el elemento médico se reuna en pequeños congresos para exponer sus observaciones; conocer los distintos criterios que puedan manifestarse y de las pequeñas discusiones que se susciten sacar un conocimiento tal vez nuevo, que no hubiese enriquecido el caudal de nuestras ideas si hubiéramos faltado personalmente á su celebración.

Social, política y moralmente es, además, de suma conveniencia, que vivamos reunidos bajo el amparo de nuestra Asociación, pues en su seno hemos de experimentar la expansión de nuestro espíritu; se establecerán relaciones verdaderamente cordiales; los hombres podrán conocerse mútuamente y en el desarrollo de una confianza recíproca, mantenerse con toda dignidad las ideas que en otro campo puedan diferenciarnos.

No vacilen los compañeros que por causas muy respetadas de nosotros, hayan permanecido alejados de este cuerpo. Aquí tenéis un sitio que os espera.

La Asociación no aumentará vuestros prestigios. Ella aumentará los suyos, con el prestigio de cada uno de los que han de ingresar en su seno, abierto siempre al amor y cariño de sus verdaderos hijos.

Dr. R. VELEZ LOPEZ.

REFORMA DEL REGLAMENTO
DE LA
"Asociación Médica de Puerto Rico"

Título 1.—Se funda en la Isla de Puerto Rico una Asociación Médica, que represente la ciencia insular, le dé impulso y sirva, á la vez, para defender los intereses morales y materiales de la clase.

Título 2.—Esta Sociedad, que se llamará "Asociación Médica de Puerto Rico," como factor principalísimo de la cultura del país, propenderá, por todos los medios á su alcance, á representar fielmente, la que sea aspiraicón unánime de la clase médica, en cuanto á legislación sanitaria se refiere.

Título 3.—Entrarán también en los fines de esta Asociación, el acopiar datos é ilustraciones, que puedan contribuir á formar nuestra Patología Tropical, llenando y cumpiendo así una necesidad, en la que deberá ser Historia de la Medicina puertorriqueña.

CAPITULO IV

Deberes de la Sociedad

Artículo 33.—La Sociedad está en el deber de considerar y proveer cualquiera necesidad extrema de carácter económico que afecte á un compañero asociado, haciendo aflictiva su situación ó la que pudiera resultar por consecuencia de edad muy avanzada ó por enfermedad.

Artículo 34.—A los fines de este artículo, cuando tal caso se presente, el aspirante hará una solicitud á la Directiva, la que endosará á una comisión nombrada de su seno, debiendo formar parte de ella el Tesorero.

Artículo 35.—La cantidad que se asigne, en calidad de socorro, quedará al buen juicio de la Directiva, en harmonía con los fondos de la Sociedad.

ANESTESIA ESPINAL

No tiene por objeto este artículo decir algo nuevo sobre la anestesia raquídea, ya que todos mis comprofesores habrán tenido sobradas oportunidades de leer y analizar este particular importantísimo de la Moderna Cirujía.

En los últimos pasados meses cuando el profesor Joanesco estuvo en los Estados Unidos demostró á los cirujanos americanos las ventajas de esta anestesia sobre la producida por inhalación, así como la extensión de este procedimiento á las operaciones sobre la cabeza, extremidad superior, y, en general, á todas y cada una de las operaciones practicables.

Puedo decir, de antemano, que soy un partidario decidido de la anestesia raquídea y que mientras más experiencia adquiera en su técnica más preconizaré ese método que tan admirablemente resuelve los problemas difíciles de la anestesia. Con razón dijo el cirujano de Rumanía en New York que si este método de anestesia era aplicable á aquellos casos en que la anestesia por inhalación se hacía imposible ó si nó muy peligrosa, con mayor razón era aplicable á los casos de normal condicionalidad.

Tenemos que convenir en que la "estricnina asociada" á la estovaína impide la mayor parte de los accidentes que antes llenaban de pavor á los operadores que empleaban la raquianestesia. y, de los cuales eran, ciertamente responsables, la acción de la

cocaina ó la estovaina (usadas solas) sobre los centros respiratorio y circulatorio, en los cuales ejercen acción predilecta estas drogas. La estricnina estimula estos centros, y de esta manera convierte en inofensivo un método que tantas dudas y críticas había ofrecido hasta hace muy poco tiempo.

Desde luego que este método como todo lo que adquiere carta de naturaleza en la ciencia, después de un análisis discreto del descubrimiento, se juzga como cosa baladí; sinembargo fué el resultado de algunos años de estudio, basado en un crecido número de observaciones, por el cirujano rumano, á quien, indiscutiblemente, corresponde esta gloria.

Mis trabajos, que por de contado, poca importancia tienen, comparados con los que en nutridas clínicas de Europa y Norte América se están llevando á cabo son, no obstante, resultado directo de casos prácticos, que como el grano de arena contribuye á formar la montaña científica.

Mucho antes de leer los trabajos del profesor Joanesco en "La Presse Medicale," así como las opiniones de los cirujanos americanos sobre las demostraciones que en sus hospitales llevó á cabo el cirujano rumano, me halagaba el método de anestesia que no fuera por inhalación, y llevé á cabo en el hospital de la Penitenciaria de San Juan, algunas operaciones, usando la inyección en la porción lumbar del canal raquídeo, penetrando por el espacio que media entre la segunda y tercera vértebra lumbar, é inyectando de 3 á 5 centígramos de estovaina solamente. En casi todos estos casos pude observar los efectos nocivos de la droga sobre diferentes centros vitales, traducidos por vómitos, cianósis, respiración anhelosa, pulso rápido, palidez del rostro, etc., etc. Desde luego que experimenté grandes zozobras en los primeros casos, y para combatir tales accidentes tenía que poner en juego la medicación hipodérmica por la cafeina, estricnina, etc etc., mas, pronto llegué al convencimiento de que el "león" no era tan fiero, y empezamos á mirar con indiferencia relativa los sinsabores de tal género de anestesia.

Después que conocimos el método de Joanesco, y que adicionamos, según él indica, á los centígramos de estovaína, el "medio milígramo" de estricnina," desapareció nuestro temor por completo, observando que ya no aparecían los accidentes referidos, y que el paciente no se quejaba en el mayor número de los casos. Adoptamos los dos puntos de su inyección: "el dorsal superior" y el "dorsal inferior," los cuales llenan perfectamente su come-

tido para la realización de la anestesia quirúrgica en todos los casos.

Hemos tenido, sistemáticamente, por costumbre inyectar, por vía hipodérmica, cinco centígramos de cafeina antes de terminar la operación, y con este procedimiento creemos haber llegado á evitar las náuseas y vómitos y también la cefálea subsecuente, quedando tan solo como secuela la elevación de temperatura, como en el siguiente caso:

Caso No. 10 de nuestra estadística). Hemorroides. Prolapso extenso de la mucosa rectal—Operación de Whitehead—Estovaina 0,05 (raquicentesis). Cafeína, 0,05 después de la operación. No hubo cefalea, vómito, ni dolor lumbar. Temperatura 39° C.

El caso No. 9 (de nuestra estadística) nos ilustra perfectamente sobre la importancia de este género de anestesia. Empiema torácico, de origen sarampionoso; sujeto tuberculoso en una condición general muy empobrecida, disnea acentuada, pulso sumamente rápido y arrítmico. El problema de la anestesia por inhalación era difícil de solucionar, y la necesidad de una "costotomia" era de urgencia para establecer un amplio drenaje. La operación se llevó á cabo sin dificultad ninguna: se hizo la resección de una costilla sin que el paciente experimentara el menor dolor, después de una inyección dorsal inferior de 0,04 estovaína y 0,005 estricnina.

En la práctica privada también he empleado este procedimiento anestésico por varias intervenciones ginecológicas, rectaes, etc., y en ocasiones como en el caso No. 17 (estadística personal), operado en el Hospital Municipal. El paciente G. R., de 64 años. Operación de Whitehead. Extenso prolapso mucosa rectal y excisión paquete hemorroidal. Inyección de cafeína subsiguiente á la punción dorsal inferior. No hubo secuelas.

Respecto á la punción dorsal superior, me encuentro en un periodo de experimentación, y más tarde podré presentar algunos casos, pues si bien es cierto que la técnica no es más difícil que en la dorsal inferior, aún no he tenido otra oportunidad que un caso de ganglios tuberculosos del cuello, en que hubo que apelar, después de la raquicentesis, al cloroformo por experimentar el enfermo algún dolor. Declaro que atribuí las deficiencias en este caso á una técnica defectuosa, hija del temor, al penetrar en una región de esta importancia.

Entre los casos operados hasta la fecha, tanto en el Hospital de la Penitenciaría como en la clínica particular, además de los enumerados los hay de hidrocele, hernias, cirujía del recto,

elefantiasis del escroto, excisión de ganglios inguinales, y en algunas ocasiones, varias operaciones simultáneas en el mismo paciente como en nuestro Caso No. 14 (cura radical de hidrocele, circuncisión y excisión de ganglios inguinales).

Como resúmen puedo establecer lo siguiente: Que la anestesia raquídea resuelve los problemas más intrincados de la cirujía, y que con una técnica magistral y un conocimiento perfecto de las dósis de la droga resulta el método de anestesia ideal, por ser el menos peligroso que conocemos y de más fácil aplicación.

No debiera terminar sin hacer siquiera una alusión al método que se está observando actualmente con gran atención: me refiero á la anestesia "per rectum". Indudablemente que llena su cometido, y aunque con los aparatos modernos y la técnica se han eliminado las complicaciones sobre la mucosa intestinal, hemos de admitir que los efectos sobre los centros nerviosos son los mismos que los que se producen por inhalación bronco pulmonar.

Declaro y repito que en la anestesia raquídea es necesario bastante experiencia y un buen manejo de la aguja, sin que se desanime el operador porque en determinadas ocasiones no haya podido llegar al canal, y en otras lo haya alcanzado con dificultad .Confieso haber experimentado ambos extremos; mas no me sorprende, toda vez que á grandes cirujanos les ha acontecido lo mismo.

Dr. J. A. LOPEZ ANTONGIORGI.

La ciencia ante el crimen

¿Puede pensarse en un Fisiología del crimen? Admitiendo que todo acto es el resultado de una vibración inicial, ¿en qué momento psíquico se producirá aquella vibración que haya de determinar el acto criminal?

Si es una vibración, ¿qué trayectoria ha seguido; dónde tomó el primer impulso y dónde se manifestó en el acto?

Todavía anda la Fisiología huérfana del conocimiento de aquello íntimo y misterioso, que se fragua en las entrañas de una célula. No ha podido la ciencia ir más allá de donde alcanzan les potenciales del microscopio. Hasta allí todo es de su dominio, pero le falta rebasar la línea donde lo físico pierde sus límites y comienza el dinamismo de lo psíquico; aquello que huye de las perspectivas del campo visual y que existiendo en la realidad, viviendo en ella, latiendo en la propia vida, no puede delinearse ni descubrirse en la platina de los microscópios.

¿Qué ondas invisibles agitarán el complicado mundo de una célula, venida de otras células preexistentes, originadas á su vez en otros organismos, donde recibieron el impulso inicial?

Y, puesto que, ninguna fuerza puede perderse en la mecánica del Universo, esas fuerzas que en esas ondas circulan, no pueden extinguirse sin producir un trabajo. ¿Cuál de esas fuerzas en esas invisibles ondas agitadas será la del crímen?

He aquí planteado el problema, ante el cual el pensamiento de los legisladores debe detenerse, para no perseguir el delito ó el crimen como un hecho, sin antes haber dirigido los esfuerzos todos de la moral social, en el sentido de rectificar esas fuerzas, modificar sus direcciones ó modificar su cauce.

La sociedad y, en su nombre los Códigos, no deben detenerse solo ante el delito, porque si su misión es moralizar, refrenando las desviaciones del sentido moral, convertidas en vicios, y en crímenes, jamás cumplirán su objeto. Llegarán siempre tarde á sorprender el delito, es decir, cuando alcanzaron á su fin, las fuerzas que entrañaban el propio delito.

* * *

Todo acto vital es el resultado de una función previa, que se realiza en lo íntimo de la naturaleza. Aún los actos del pensamiento son funciones preexistentes.

Cuando el hombre piensa, en su cerebro se ha articulado, se ha expresado aquel acto de pensar. ¡Y qué lenguaje sutil y misterioso será aquel, que dió lugar á que se convirtiera en pensamiento, la vibración profunda del cerebro!

Así considerando estas cuestiones, cabe pensar en una Fisiología del crimen, siendo éste la vibración final de una onda previamente iniciada.

No es el crimen, pues, más que la determinación fatal de una fuerza, que priva en el sujeto. Cuando éste yergue su brazo, para hundir el puñal en la entraña de una víctima, ha ido ciega y fatalmente conducido por invisibles y misteriosas fuerzas de su naturaleza á realizar tal acto. Su organismo las condensó y guardó hasta que, en un momento inconsciente, explotaron. Debieron explotar y lo hicieron sin unidad de tiempo ni de lugar previsto ni fijado por la conciencia. Fuerza fué, que recibió, trasmitida por las leyes precisas y despóticas de la herencia y las guardó latentes para producirlas en un momento fatal de su vida.

Frente á estas consideraciones, parecen conmoverse los fundamentos de todos los Códigos actuales, cuyas inspiraciones deben seguir al pié de la letra el proceso de formación del crimen

como función tal cual la ciencia lo estudia y considera. A la conciencia de la sociedad, á la ciencia criminalógica pertenece el interesantísimo papel de rectificar en el porvenir todos los errores en que hasta la fecha han informado aquellos sus determinaciones.

Si hay una Fisiología del crimen, deténganse ante ese hecho, los legisladores para prevenir los crímenes y sanear de mal tan profundo á la sociedad.

Que no sea un morbosismo social el que resulte de sostener nutridos de errores los Códigos escritos en nombre de la moral.

Allí donde la ciencia afirme un principio, debe empezar la virtud de la ley y sobre ella erigir todo bien social.

Dr. M. QUEVEDO BAEZ.

DOCTOR RAFAEL CESTERO MOLINA

Ya en prensa nuestro número, cuando ni espacio ni tiempo nos permiten consagrar una página de honor á este infortunado amigo, nos enteramos de su muerte. No era para nosotros los que le acompañamos días y noches en las crueldades de su enfermedad, una sorpresa ese fin funesto, que la muerte determina. La naturaleza de su dolencia lo hizo todo imposible y cuantos empeños y esfuerzos extraordinarios hizo la ciencia por salvar al amigo querido, al compañero ilustrado, todo fué inútil. Fuimos vencidos en nuestros anhelos y en nuestros medios de combate, como lo fué él en su preciosa vida de juventud y de inteligencia.

En nuestro número próximo publicaremos su fotograbado y haremos la necrología del culto y distinguido compañero miembro de esta Asociación Médica. Hoy tenemos que ceñirnos á invocar la piedad y la clemencia de Dios para que aquella alma, tierna y generosa, goce la inefable ventura de la eternidad. Paz á sus restos y nuestra condolencia sentidísima á sus familiares.

* * *

Se encuentran enfermos de algún cuidado en Bayamón y en la Carolina respectivamente, donde ejercen hace años la noble profesión médica, los distinguido scomprofesores nuestros, Doctores Stahl y Clemente Fernández.

Su alto prestigio y los vínculos de entrañable afecto y cariño que á ellos nos ligan, hacen honda la pena que sentimo por su enfermedad. Hacemos votos fervientes por su restablecimiento para que no se nuble por un solo día el alto prestigio de estos des beneméritos maestros y casi decanos de la ciencia médica puertorriqueña.

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.

Año VIII. { OCTUBRE DE 1910. } Número 73.

SUMARIO.

SOBRE UN CASO DE AINHUM—NOTA PRELIMINAR

Por el Dr. I. González Martínez.

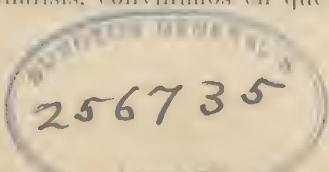
Bacteriólogo del servicio de enfermedades tropicales y transmisibles.

En la 2a. Sesión de la Academia Médico Quirúrgica de San Juan los Dres. R. Velez Lopez é I. González Martínez presentaron el primer caso de AINHUM conocido en la Historia de nuestra medicina regional, y con tal motivo el Dr. González Martínez leyó la siguiente nota preliminar:

Señores:—El caso que tenemos el honor de presentar á la consideración vuestra es uno bien raro en la nosología del país. Hacía tiempo que los que nos dedicamos con marcado ahinco al estudio de los padecimientos tropicales, buscábamos afanosamente un sujeto en quien pudieran descubrirse los síntomas característicos del AINHUM, de esa enfermedad de acción mutiladora electiva sobre el pequeño dedo del pié y que tan interesante se ha hecho en los momentos actuales para los patólogos versados en las enfermedaeds de climas tórridos, por la difícil interpretación de su patogenia.

Hasta la fecha no habíamos podido tropezar con el anhelado caso, cuando cierta mañana el Dr. Vélez López, nuestro compañero en la redacción de esta breve memoria, nos invitó á ver el sujeto que tenemos el honor de presentar ante esta docta Corporación.

A un ligero análisis, convinimos en que se trataba de AIN-



HUM, y desde ese momento, comprendiendo la importancia capital que encerraba dicho asunto para nuestra especial patología, nos dedicamos al estudio detenido del paciente.

Su historia clínica es una historia bien sencilla: se llama Enrique Mojica y tiene 45 años de edad. Es natural de San Juan, pero pasó toda su vida en Río Grande hasta hace 3 años en que retornó á su pueblo natal. Ha tenido 8 hermanos, de los cuales han muerto 4, entre ellos uno tuberculoso.

En sus familiares ninguno ha padecido enfermedad similar ni lepra.

Su ocupación principal ha sido la labranza, y aunque en muchas ocasiones ha trabajado en regiones húmedas y pantanosas, ha pasado, sinembargo, la mayor parte de su vida trabajando en terrenos secos.

Hace 4 meses que notó los primeros síntomas de su enfermedad, la cual comenzó á manifestarse por una grieta en el dedo pequeño del pié izquierdo hacia su parte más inferior é interna, correspondiendo al pliegue dígito-plantar. Un mes después los mismos síntomas se manifestaron en el dedo pequeño del pié derecho. Ninguna otra molestia, salvo el dolor propio de las grietas, recuerda haber observado este paciente. Tampoco ha tenido dolores en la región dorso-lumbar, ni ha sentido adormecimientos ni pérdida de la sensibilidad en los dedos enfermos.

Actualmente, como veréis al examinarlo, el "surco constrictor es completo y profundo" en el dedo izquierdo, "característico de un caso típico é indubitable de AINHUM." No hay, sin embargo, ulceración ni tampoco olor de sanies gangrenosa. El pedículo es ya bastante estrecho, pero aún no ha terminado la reabsorción completa de las estructuras óseas. En el dedo extrangulado, notamos que su cara superior tiene la piel engrosada y granujienta, acusando un estado hipertrófico del cuerpo papilar. La uña, en cambio, está atrofiada y, aunque sin deformación, aparece mirando hacia afuera, por virtud del cambio de dirección que el anillo extrangulador imprime en el pequeño dedo.

En el pié derecho no ha avanzado tanto el proceso. La brida no es completa; solamente se acusa marcadamente en las regiones inferiores é internas del pié. La uña tiene su posición normal.

El examen general del sujeto demostró que no está mal constituido y que, si no es un ser robusto en la verdadera acepción de la palabra, es un hombre relativamente sano.

El exámen de la sangre revela algunas alteraciones de la

fórmula hematológica, que se acusan por una elevada eosinofilia y alta linfocitosis á expensas de los polinucleares neutrófilos.

He aquí dicha fórmula leucocitaria:

Polinucleados neutrófilos	39. %
Polinucleados eosinófilos	25.5 "
Polinucleados basófilos (labrocitos)	1. "
Mononucleados grandes	5.5 "
Mononucleados pequeños	29. "

Se contaron 200 leucocitos.

Esta fórmula tiene el tipo de la que corrientemente se encuentra en los casos de uncinariasis con marcada reacción mielógena, según se desprende de su intensa eosinofilia.

El exámen microscópico de las heces fecales comprobó esta suposición teórica revelando la presencia de huevos de uncinaria americana; y coloca así las alteraciones hemáticas en el cuadro de otro proceso morboso tropical que nada tiene que ver con el AINHUM ahora discutido.

El estudio con el estesiómetro de la sensibilidad de este sujeto no nos demostró trastornos apreciables, ni nada interesante nos enseñó tampoco la prueba de los reflejos tendinosos.

Este, Señores, es el caso, que sometemos á vuestra crítica severa y justa.

En nuestro concepto "es un caso neto y claro de AINHUM": La brida constrictora del dedo pequeño de ambos piés, la forma lobular de pequeña patata del dedo extrangulado, el aspecto del surco en uno y otro dedo, la ausencia de trastornos sensitivos, y de síntomas generales, la disposición tan característica de la uña, todo prueba claramente que el diagnóstico de AINHUM se impone sin disputa.

Nosotros no queremos avanzar extensas consideraciones sobre la patogenia de dicho proceso. Nuestras ideas se desarrollarán mejor en el curso de la discusión. Pero sí debemos de decir que no nos parecen ciertas las teorías que suponen que el AINHUM es una enfermedad debida á traumatismos repetidos de los dedos del pié, como afirma erróneamente Sir Patrick Manson; pues entonces no se comprende como el AINHUM se limita á atacar las razas de color y respeta á los blancos, y menos aún entendemos como en Puerto Rico, donde tanta gente de color trabaja en sitios húmedos y fáciles para los traumatismos, siendo cierta la teoría de Manson, no se registran sinembargo, por millares los casos de esta singular dolencia y nos haya costado, en cambio,

tantos esfuerzos y tanta perseverancia el hallazgo de este único y puede decirse casi inesperado.

Tampoco estamos inclinados á admitir, como Zambaco Pachá, la naturaleza leprosa del AINHUM.

Por último, sin que la identifiquemos con la enfermedad de Raynaud, ni con la esclerodactilia y esclerodermia, ni con la enfermedad de Mirault de Angers, creemos, no obstante, que podemos incluirla en el grupo de las trofoneurosis y que quizás sea aplicable á ella la teoría de la distribución metámerica de ciertas perturbaciones nerviosas. He dicho.

La reacción de Wasserman en la Lepra.

La labor que indica el epígrafe no es nuestra: conviene advertir que sólo nos mueve á la publicidad de una síntesis sobre este tema importantísimo, desarrollado con maestría suma y con inteligencia suprema, por el Dr. Don Alberto Recio, de la Habana, en el Boletín Oficial de Sanidad de la Isla de Cuba, la idea útil y sugestiva de vulgarizar entre los compañeros no especializados, conocimientos de valor inapreciable en el actual momento histórico, en esta hora crítica de la Medicina contemporánea, en que tal parece que se derrumba viniendo á tierra el monumento vetusto de las antiguas concepciones patogénicas de la sífilis. La utilidad de esas nuevas orientaciones no puede ser discutida. La aplicación al diagnóstico de la "Sífilis" de la reacción de Wasserman extendiendo su aplicación al de la "Lepra", es un progreso médico incontestable. El procedimiento empleado por Bordet y Gengou para el último dignóstico se basa en el estudio de los "antígenos" (bacterias y sus productos) y de los anti-cuerpos contenidos en el suero de la sangre en el curso de diversas enfermedades infecciosas.

PRINCIPIO DEL METODO

El suero de algunos animales posee "in vitro" propiedades disolventes de los hematies de especies distintas, fenómeno que ocurre con mayor intensidad, si el animal de donde procede dicho suero ha sido inmunizado contra los glóbulos rojos del segundo por inyecciones repetidas de aquel, de dichos hematies.

En la producción de este fenómeno hemolítico intervienen de acuerdo con la teoría de Ehrlich, á más de los hematies, dos substancias:

1o.—El complemento, llamado también ''alexina'' ó ''cytasa'', substancia á su vez compuesta de dos grupos, uno ''haptofórico'', por el cual se fija, y otro ''toxofórico'' que actúa.

2o.—El ''amboceptor'', substancia ''sensibilizatriz'' ó fijador, que consta á su vez de dos grupos: el ''citófilo haptofórico'', para fijarse á las células, bacterias, etc., y el ''complementófilo'', por el cual se une al complemento.

El ''complemento'' es un principio constante en todos los sueros que se destruye á la temperatura de 56° C. sostenida durante media hora. El ''amboceptor'' es específico, sólo actúa sobre los elementos células, bacterias, hematies, etc., contra los cuales ha sido inmunizado el animal de donde proceda y resiste la temperatura de 56° C.

El concepto de esta especificidad del amboceptor viene á ser modificado por el hecho de existir en el suero de algunos animales ciertas substancias denominadas ''anticorps'' y que no son otra cosa que verdaderos amboceptores naturales. Así, por ejemplo, el suero humano disuelve in vitro los hematies del carnero.

Es de rigor para comprender bien la reacción de Wasserman recordar que existen estos dos amboceptores: ''natural (anticorps) y ''específicos'' en la sangre de los sifilíticos y según Bauer también en la de los leprosos.

Se comprende que si falta el ''amboceptor'' natural en algunos casos, como pretende Noguchi, no será posible apreciar la reacción por falta de un elemento importante para hacer la hemolisis.

Ahora bien: si representamos un sistema hemolítico con suero normal, es decir, que contenga solamente amboceptores naturales, por ejemplo, los humanos para los hematies del carnero, lo haremos de la manera siguiente:

Si se suprime cualquiera de los elementos que intervienen en las hemolisis, ésta será suprimida.

Por otra parte se ha demostrado que cuando se ponen en presencia una bacteria ó sus productos (''antígenos'') y el ''anticuerpo ó amboceptor específico, á que dichos antígenos dan lugar cuando invaden un organismo, el compuesto resultante posee gran afinidad por los complementos á los cuales se fijan de manera que verificada la fijación, quedan impedidos estos complementos de toda otra función.

De modo que un sistema hemolítico en el cual entra como factor el suero humano de un sujeto sifilítico ó leproso, conteniendo

por tanto amboceptores naturales y específicos, estará representado del modo siguiente:

Pero si se coloca cierta cantidad de antígeno junto con el complemento y amboceptores antes de agregar los hematies y la mezcla se mantiene á 37° C. durante media hora, se fijarán los complementos á dicha mezcla, resultando que al agregar después los hematies no hallarán en el sistema el factor complemento, no pudiendo por tanto verificarse la disolución.

La fórmula será en este caso:

TECNICA

Bauer simplificó el procedimiento de Wasserman en el serodiagnóstico de la sífilis; y entiéndase que con ser el ''modus operandi'' más rápido y sencillo en nada se disminuye la claridad y precisión, así como el valor de los resultados obtenidos con el método primitivo.

REACTIVOS

1o.—''El complemento'': Como complemento se usa el suero fresco de curiel diluido al 1 por 10. Para obtenerlo se practica una sangría en la arteria femoral de un curiel grande (es conveniente someterlo al ayuno las 24 horas precedentes) y se extraen de 8 á 10 c. c. de sangre. No es necesario sacrificar el animal, ni obtener mayor cantidad de sangre.

Con 2 centímetros cúbicos de suero bastan para cinco ensayos, y el exceso de complemento, en nuestro clima se modifica y destruye rápidamente, por lo que se requiere prepararlo en el momento de usarlo.

La sangre recogida en un tubo de la centrífuga perfectamente limpio y estéril será centrifugada enérgicamente hasta completa separación del suero, que debe aparecer transparente.

Se retira este suero con una pipeta armada de tubo de goma y se diluye una parte del suero de curiel en 10 de ''solución salina isotónica estéril''. Para esta operación sirve una geringuilla de Pravatz provista de larga aguja con lo cual se facilita en gran modo la dilución.

El frasco estéril en que se recoje la mezcla se llevará á la nevera á 6 ú 8 grados C. de temperatura hasta el momento de usarse, lo que nunca será después de 12 horas de su preparación.

2o.—''Amboceptores''. La modificación más importante introducida por Bauer en la reacción de Wasserman ha sido la substitución de los amboceptores específicos artificiales que requieren una preparación lenta de varias semanas de duración, por

los amboceptores naturales (anticorps) contenidos en los sueros humanos que se examinan.

Objeta Nogruchi que la cantidad de amboceptores contenidos en dichos sueros es variable desde 0 hasta cantidades considerables, lo que constituye á su juicio una gran fuente de error en el diagnóstico de la sífilis.

Bauer en 50 individuos nunca la ha encontrado igual á 0, y en la aplicación al diagnóstico de la lepra, encontró siempre suficiente el empleo de estos anticorps.

3o.—"Suspensión de glóbulos rojos de carnero"—Hematies.—Previamente limpia y rasurada la región se extraerá de la safena del animal 10 c. c. de sangre con el auxilio de una geringuilla hipodérmica.

Se vierten en un frasco de cristal esterilizado conteniendo limaduras de hierro ó pedacitos de cristal y se agitará fuertemente durante varios minutos, al cabo de los cuales se pasará al través de una tela de mallas finas también estéril recogiendo la sangre de este modo en un recipiente de cristal de donde se traslada á un tubo de la centrífuga.

Se centrifuga enérgicamente hasta separación completa de los hematies y con la geringuilla ó una pipeta se retira el suero, teniendo la precaución de haber hecho un trazo al tubo en el nivel superior del líquido.

Retirado el suero se reemplazará con solución salina normal hasta enrasar con el trazo señalado. Se agita el tubo y se centrifuga nuevamente, se retira el líquido que sobrenada del mismo modo que se hizo con el suero y se vuelve á agregar la misma cantidad de "solución salina isotónica," con lo cual se obtendrá una suspensión equivalente á la sangre pura. Esta se diluirá al 5% en solución salina fisiológica y se conservará también en la nevera á la temperatura de 6 á 8 grados C.

La suspensión solo se conserva útil de dos á tres días.

(Continuará)

Por la síntesis,

Dr. E. FONT Y GUILLOT.

Operación Cesárea. (2 casos.)

Quizás seguramente, el encabezamiento de este artículo no acuse novedad ni originalidad: sin embargo, los casos á que me

refiero externan algo que podría calificarse de curioso y tal vez de interesante; lo último siempre sucede en Cirujía, ciencia y arte que es terreno fertilízimo para cultivar la "variedad" dentro de la "unidad".

Estos dos casos se presentaron en el Hospital de Arecibo en el corto tiempo de un año, y las dos parientes cercanas, si bien no se conocían personalmente. Eran dos criaturas de un parecido físico completo, casi de la misma edad, y en su hábito exterior se observaban las mismas deformidades, caracteres de semejanza tan acentuados, que lograban ser confundidas aún por personas que las conocían.

El primer caso: Cándida Beltrán, natural de Hatillo, de 20 años de edad, color blanco; fué llevada al Hospital el 8 de Agosto de 1904 á las 10 A. M., con antecedentes de familia desconocidos de la paciente, á excepción de que su padre, que vive, padecía por referencia de la misma de "anemia" por "uncinariasis." Como antecedentes personales manifestaba que había padecido de fiebres, al parecer palúdicas. Ha sido siempre deforme ("jorobada") desde que ella recuerda y tiene uso de razón, haciendo como un año y tal vez más que sufrió una caida que según el médico que la asistió de aquel accidente le originó una luxación de la articulación coxo-femoral derecha.

El lunes 8 de Agosto de 1904, como queda dicho, ingresó en el Hospital de Arecibo con el siguiente historial clínico: dolores de parto iniciados el sábado anterior por la mañana, violentos y muy frecuentes, continuando en este estado progresivo los dolores hasta hacerse poco menos que contínuos con muy ligeras intermitencias. Preñez de 9 meses según cálculos basados en el último periodo catamenial—(Nagelli.)

La paciente aparecía en completo estado exhaustación de fuerzas, siendo el pulso sumamente rápido y débil. Procedimos á estimularla y practicada la "pelvimetría" resultó:

Diámetros. Entre las dos espinas antero-superiores del ileum 21 centímetros.

Entre los dos trocánteres, 26 centímetros.

De la base del sacro á la sinfesis pubiana, 15 centímetros.

Entre las dos puntas más prominentes de la cresta ilíaca, 20 centímetros.

Entre las dos tuberosidades esquiáticas, 10 centímetros.

De la espina ilíaca antero-superior á la tuberosidad izquierda derecha, 21 centímetros.

Viceversa, 18 centímetros.

Entre la última costilla derecha y la cresta, 4 centímetros.

Lo mismo en el lado izquierdo, 5 centímetros.

Diámetro interno. De la sinfesis al promontorio del sacro mediante tacto digital, 6 centímetros. La paciente tenía 1 metro y 30 centímetros de estatura. La vagina sumamente estrecha y muy poco dilatable. Diagnosticamos el caso de "pelvis deformada y reducida" por raquitismo (escoliosis) curvadura lateral izquierda. A instancias de otro compañero se hizo como vía de ensayo una aplicación de foreeps determinada por la posibilidad de una cabeza pequeña, procedimiento que fué acompañado de resultados negativos.

En su consecuencia se procedió á la práctica de la operación cesárea, que se llevó á cabo sin dificultad alguna, curando la enferma en un periodo de 35 días al cabo de los cuales fué dado de alta.

Segundo caso.—M. P. y P., de 20 años de edad, natural de Quebradillas. Antecedentes de familia desconocidos. Es conducida al Hospital Municipal de Arecibo el 21 de Marzo de 1906. Preñez de diez meses según cálculos. En labor desde el 17 que se iniciaron los dolores que eran fuertes y frecuentes hasta hacerse contínuos, apareciendo la paciente en un estado de "shock" que exigía estímulos repetidos, haciéndosele una inyección intra venosa de 1000 c. c. de solución salina normal.

Tenía una deformidad manifiesta de la espina dorsal con una estatura de 1 metro 35 centímetros.

Pelvimetría.—Entre las dos espinas antero-superiores ilíacas, 23 centímetros.

Entre las crestas ilíacas, 23 centímetros.

Entre la base del sacro y el pubis, 15 centímetros.

Entre los dos trocanteres, 25 centímetros.

Diámetro conjugado interno por el tacto, 6 1|2 centímetros.

Vagina sumamente estrecha y de imposible dilatación; el cuello uterino con una dilatación del tamaño de una moneda de diez centavos.

Diagnóstico.—Pelvis raquítica, uniformemente contraida y deformada con curvadura lateral (escoliosis) de la columna vertebral.

Se procedió á la operación cesárea, que se llevó á cabo sin ningún accidente extraordinario, por el procedimiento de Porro modificado.

La paciente fué dada de alta á los 40 días, completamente curada.

El tratamiento fué basado en ambos casos, en vista de la deformidad y contracción raquítica de la pelvis, que formaban un canal infranqueable para las cabezas fetales en pleno desarrollo. Y si recordamos la escoliosis y el diámetro antero-posterior interno, en ambas pacientes de 6 y 6 1|2 centímetros, así como la condición de inelasticidad del canal blando, tendremos evidentemente justificada la intervención operatoria.

Parece interesante la coincidencia en tan corto espacio de tiempo de 2 casos de tan similares condiciones, é indudablemente que la operación cesárea es el verdadero patrón de operación quirúrgica salvadora, mejor dicho, doblemente salvadora, pues resuelve un problema de los más importantes y sugestivos de la obstetricia.

En estos dos casos en que las madres tuvieron una convalescencia sin interrupción de ninguna especie y en que con tan buen suceso pasaron las vicisitudes de la maternidad; los hijos, por el contrario, sucumbieron; el primero en el proceso operatorio y el segundo algunas horas después.

El tiempo que estas pacientes estuvieron en labor, con contracciones violentas del útero, así como la fatiga corporal y condiciones generales pésimas de ambas jugaron el papel más importante, que aún en el caso de criaturas bien conformadas y de dimensiones completamente normales había de tenerse muy en consideración para un éxito feliz para los fetos.

Dr. J. A. LOPEZ ANTONGIORGI.

NOTAS

TOMADAS DEL DISCURSO NECROLÓGICO PRONUNCIADO POR EL DOCTOR SALDAÑA, AL DESPEDIR EL DUELO DE SU COMPAÑERO DON RAFAEL CESTEROS MOLINA, FALLECIDO EL 25 DE SEPTIEMBRE ÚLTIMO.

Señores: El luctuoso acontecimiento cuyo epílogo nos congrega al rededor de este féretro, me proporciona el honor de dirigiros la palabra, en representación de la familia Cesteros, para daros muy sentidas gracias, por el homenaje de consideración y simpatía que le habéis atestiguado.

La muerte del Dr. Rafael Cestero Molina, deplorada por todos, en nuestra sociedad, sugiere á mi espíritu muchas y serias reflexiones dignas de que otra voz, la de un elocuente orador, las representára, constituyendo una verdadera oración fúnebre.

Unía el jóven médico, á una cultura refinada un intelecto claro, una bondad notoria, y su voluntad estaba siempre dispuesta

á toda acción noble y generosa. El entusiasmo que profesó en todo tiempo á su carrera, facilitábale las ocasiones de ejercer el bien á manos llenas, sin prelación de clase ni de condición social. Laboraba con verdadera energía en la especialidad que con tanto esfuerzo y con tanto brillo cultivó, y en la que llamado estaba á prestar beneficios á esta sociedad, prestigios al cuerpo médico y gloria á su país.

Jóven aún, apenas contaba 40 años, apuesto y vigoroso, una traidora enfermedad le arrebata en pocos días. Una vida útil desaparece, "velut umbra," como una sombra, en un instante, y tras ella quedan el dolor, la orfandad, cinco ángeles, cinco inocentes criaturas.

¿Por qué tanto infortunio? Los que pisando, sí, la tierra, pero llevando alta la cabeza y mirando hacia arriba, puedan preguntarse de este modo: ¿por qué?, aún esos, si no han sufrido el dolor que representa la pérdida de un sér querido; si las desgracias no acrisolaron su alma, que no pretendan contestar.

Misterio es el dolor, misterios son otras tantas cosas que nos rodean.

Nuestra inteligencia limitada no nos permite escudriñarlos, y la humanidad continuará renovando, sucesivamente, generaciones y generaciones, que sufrirán y sucumbirán también, cansadas, sin duda, de esperar aquella falaz promesa de una biología omnisciente, que sólo un necio orgullo pudo formular.

La Sociedad de San Juan pierde con la muerte del Dr. Cestero, un elemento valioso; la clase médica uno de sus dignos representantes, y nosotros, todos, un amigo leal, franco y sincero, que nos deja un recuerdo cariñoso, imperecedero y que merece, seguramente, un sentido adiós.

¡Adiós, Rafael!

A LOS COLEGAS DE LA

"ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO."

La Junta Directiva de la Asociación, cumpliendo un acuerdo de la última Asamblea celebrada en Ponce, comienza hoy la publicación de los estatutos y reglamentos de la Asociación Médica Americana, comenzando por

Asociación Médica de Condado.

CONSTITUCION.

Artículo 1.—Nombre y título de esta Sociedad

El nombre y título de esta organización será el de Sociedad Médica del Condado de.....

Artículo 2.—Fines de la Sociedad.

El fin de esta Sociedad será el de reunir en una organización á los médicos del condado de....... para que por medio de frecuentes reuniones y cambio mútuo de pareceres puedan llegar á esa unidad inteligente y armonía en todas las fases del trabajo que les permita hacer efectivas las opiniones de la profesión en todos los asuntos científicos, legislativos, de salud pública, materiales y sociales,asegurando de este modo el respeto y protección que merecen los médicos dentro de la profesión y en la comunidad por la brillante historia de la ciencia médica y hechos notables realizados por la misma. Esta organización con otras asociaciones de condado formarán la Asociación Médica del Estado de ..... y por medio de esta, unida á otras sociedades de estado, formarán y mantendrán la Asociación Médica Americana.

Artículo 3.—Elegibilidad.

Todo médico autorizado legalmente para ejercer la profesión y que resida y practique en el Condado de...... que sea de buena conducta moral y profesional y que no defienda ó practique ó asegure que practica un sistema exclusivo de medicina, puede ser elegido socio.

Artículo 4.—Sesiones.

Las sesiones regulares se llevarán á cabo en las épocas y sitio que determine la sociedad. Las sesiones especiales pueden ser convocadas por el Presidente. Si cinco miembros piden por escrito una sesión extraordinaria ésta será convocada también. La convocatoria para sesión extraordinaria debe expresar el objeto de dicha reunión y no se tratará en ella ningún asunto que no esté expresado en la convocatoria.

Artículo 5.—Funcionarios.

Los funcionarios de esta sociedad serán los siguientes:

1 Presidente.

1 Vice-Presidente.

1 Secretario.

1 Tesorero.

Delegados y Junta de tres Censores.

Esos funcionarios, salvo los delegados y Junta de Censores, se elegirán anualmente. Los delegados serán elegidos por 2 años, y de acuerdo con la constitución y reglamento de la asociación de estado. Un miembro de la Junta de Censores será elegido miembro de la Junta de Censores será elegidoe-- h emfwyp emm anualmente para servir el cargo por tres años, con tal que en la primera elección después de haberse adoptado esta constitución se elija un miembro de la Junta por un año, uno por dos y el otro por tres.

Artículo 6.—Fondos y Gastos.

Los fondos para los gastos de la Asociación se obtendrán por medio de cuotas anuales, derramas y donativos. La sociedad podrá votar la censignación de sumas para los fines que puedan promover su progreso y el de la profesión.

Artículo 7.—Carta constitutiva.

La Asociación solicitará de la Directiva de la Asociación del Estado una carta constitutiva. Esta petición será acordada en la sesión en que se aprueben esta Constitución y Reglamento, ó tan pronto como sea posible después de celebrada esa sesión. Esta carta constitutiva será conservada por el Secretario.

Artículo 8.—Incorporación.

La Asociación tendrá autoridad suficiente para nombrar una Junta de Directores y redactar los artículos de incorporación siempre que lo estime necesario.

Artículo 9.—Enmiendas.

La Asociación puede enmendar cualquier artículo de esta Constitución por el voto de las dos terceras partes de sus miembros en cualquier sesión ordinaria, siempre que la enmienda ó enmiendas no se opongan á las leyes y reglamentos de la Asociación del Estado, y siempre que esa enmienda haya sido leida en sesión abierta en una sesión anterior y se haya enviado por correo á cada miembro diez días antes de celebrarse la sesión.

REGLAMENTO

Capítulo 1.—De los socios.

Sección 1.—La sociedad determinará las condiciones de sus miembros, pero como es la única puerta para que los médicos de su jurisdicción ingresen en la Asociación Médica del Estado y en

la Asociación Médica Americana. todo médico residente en el Condado de...... que goce de reputación y reuna las condiciones legales, que no defienda ó practique ó asegure que practica medicina sectaria, tendrá derecho á ser aceptado como socio.

Sección 2.—Todo candidato ó socio enviará una petición por escrito indicando su edad, colegio en que estudió y fecha de graduación, el sitio en que ha practicado y la fecha de registro en este estado. La solicitud debe venir acompañada de la cuota de entrada y ser recomendada por dos socios. Será enviada dicha solicitud á la Junta de Censores que inquirirá acerca de las condiciones del solicitante, se asegurará de que está debidamente registrado conforme á las leyes del estado y dará cuenta de todo en la próxima sesión regular de la Sociedad. La elección será secreta y dos terceras partes de los miembros presentes y votantes serán necesarias para la elección. La solicitud se devolverá al Secretario que la archivará para futura referencia. Las nuevas solicitudes de miembros rechazados no serán recibidas sino después de haber transcurrido seis meses del voto negativo.

Sección 3.—Un médico que envíe con su solicitud una tarjeta de transferencia de otra sociedad componente de condado, ya de este ó de otro estado dentro de los sesenta días siguientes á la expedición de dicha tarjeta será admitido sin cuota alguna de entrada si obtiene la mayoría de los votos presentes, y sin necesidad de enviar su solicitud á la Junta de Censores. Dicha solicitud puede quedar resuelta en la sesión en que se presenta, por voto de las tres cuartas partes de los miembros. En caso contrario quedará sobre la mesa hasta la próxima sesión ordinaria. No se cobrará á dichos miembros la cuota anual del corriente año, siempre que ellos la hayan abonado á la sociedad de la cual proceden.

Sección 4.—Un médico que resida en un condado adyacente puede ingresar como miembro de esta Sociedad de la misma manera y en las mismas condiciones que cualquier médico que viva en este condado, siempre que el solicitante obtenga el debido permiso del condado en que reside.

Sección 5.—Todo miembro que cumpla sus deberes y se halle libre de toda deuda para con esta sociedad, puede obtener su tarjeta de transferencia cuando la pida. Esta tarjeta debe contener la fecha en que el socio comenzó á pertenecer á esta sociedad, la fecha de concesión de la citada carta, la cual deberá estar firmada por el Presidente y el Secretario. Vendrá acompañada por un ejemplar de la solicitud presentada en la fecha en que el miembro

comenzó á formar parte de esta Sociedad, para información de la Sociedad á la cual este vaya á afiliarse.

(Continuará).

LA FILARIASIS DE PUERTO RICO

y modo de hacerla desaparecer de la Isla.

POR EL Dr. L. G. de QUEVEDO, M. R. C.

San Juan, P. R.

Filariasis es el nombre que damos á la infección del hombre ó de los animales por cualquier especie de Filaria.

Etiología.—La Filariasis del hombre en Puerto Rico es producida por el organismo denominado por Cobbold **Filaria bancrofti**, que se introduce en el cuerpo por la picadura del mosquito. Los mosquitos que pueden llevar la infección son muchos, pero en Puerto Rico, según mis propias observaciones, las variedades Culex pipiens (Linneus) y Culex fatigans (Wiedemann) pertenecientes al género Culex, sub-familia Culicina (Theobald) son los que pueden infestarnos. Estas dos variedades de mosquitos se parecen mucho entre sí y se distinguen por su color oscuro tirando á negro, sin estriaciones en las patas.

La palabra "elefantiasis" usada primeramente por Celso para indicar "lepra" la empleó Galeno indistintamente para indicar "lepra" y "filariasis" y este error persistió hasta que en el 1863 Demarquay descubrió un embrión filárico en el fluido de una hidrocele.

Bancroft en el 1876 descubrió la filaria hembra adulta, verdadera causa de los fenómenos patológicos filáricos y Cobbold propuso llamar á este parásito "Filaria bancrofti. Manson descubrió la periodicidad de los embriones que solamente aparecen en la sangre por la noche, retirándose por el día á los pulmones, al corazón y á los grandes vasos, y también descubrió que el mosquito transportaba los embriones para comunicarlos al hombre con su picadura. Ultimamente Le Dantec propuso llamar **Microfilarias** á los embriones que circulan por la sangre para distinguirlos de la Filaria adulta, verdadera causa de los fenómenos morbosos de esta enfermedad.

Historia.—Cuando y de qué manera se introdujo la Filaria en Puerto Rico es un punto importantísimo en nuestra historia

médica, que absolutamente nadie ha tratado de investigar. Probablemente los indios borincanos no la conocían, como tampoco la conocían los que con Cristóbal Colón vinieron á la Isla en 1493. Prueba de ello es que los más viejos historiadores de nuestra Isla, en sus descripciones de las enfermedades que en ella se padecían para nada la mencionan, ni dan síntoma ó signo alguno que á ella se refiera y es lógico suponer que si ellos hubiesen visto manifestaciones de esta enfermedad en los nativos ó en alguno de los suyos, nos la hubieran descrito, como describieron el tétanos ó mocezuelo, el pian ó bubas, la disentería ó cámaras y la tisis. A mi entender los primeros casos se introdujeron en la Isla cuando la inmigración de negros esclavos en el 1508 y años sucesivos ó con la inmigración de "coolíes" y chinos en Cuba en el año 1860; aunque me inclino á creer lo primero. En efecto: los negros que se importaban en Puerto Rico procedían del Oeste de Africa, venían de las costas de Loango y Angola (Congo) de las orillas del Senegal y de las Guineas y como en esos sitios es endémica la filaria, según dice Manson, no creo desacertadas mis suposiciones. Tenemos por otra parte que cuando la modificación en Junio de 1860 del Reglamento del año 1854 sobre la inmigración de colonos en Cuba, entraron en dicha Isla muchos miles de "coolíes" y chinos para suplantar á los negros, de manera que en el año 1869 había allí, según Labra, unos 34,420 chinos y como también en China es endémica la enfermedad, según Manson, muy bien pudiera haber sucedido que entre esos chinos viniera el gérmen que con tanto vigor se ha desarrollado entre nosotros, porque muchos de esos chinos inmigrantes eran enviados á las prisiones de Puerto Rico y cumplida su condena permanecían en el país y se diseminaban por las poblaciones. Me inclino á creer, sin embargo, como dije primeramente, que los negros esclavos fueron los que nos trajeron el parásito, porque se dá el hecho elocuentísimo de que esta enfermedad es mucho más frecuente en las costas, que es precisamente por donde los negros se distribuían. En mis numerosos viajes por la Isla he podido observar este hecho y no ha dejado de llamar mi atención los pocos casos que he visto en las poblaciones del interior y casi me atrevería á asegurar que, en las montañas y barrios del centro de la Isla, esta enfermedad es desconocida ó muy rara. En Cayey, por ejemplo, conozco sus barrios y gran número de "jíbaros" y todavía no he podido ver entre ellos un caso de elefantiasis ó de fiebre elefantiásica y, aunque he podido apreciar algunos casos de hidrocele, ésta ha sido más bien de orígen traumático ó producida por la debilidad

de los tejidos que trae consigo la uncinariasis. En la costa Sud de la Isla en donde abunda más.

Formas clínicas.—Las formas clínicas que puede revestir la enfermedad son muy variadas, pero las que con más frecuencia se nos presentan son: 1o. La hidrocele filárica. 2o. La forma erisipelatosa conocida vulgarmente con el nombre de "erisipela boba." 3o. La fiebre elefantiásica con hipertrofia dolorosa de las glándulas inguinales en una ó ambas regiones conocida con el nombre de "fiebre de secas" por el vulgo. 4o. Las quilurias y hemato-quilurias. 5o. El bubón filárico; y 6o. Las elefantiasis de las extremidades inferiores, del escroto y del pene.

La hidrocele filárica es un proceso crónico. Por regla general se desarrolla gradualmente y casi sin dolor. Sensación de peso y tirantez del cordón, que el enfermo atribuye á haber andado mucho á pie ó á caballo, seguido de abultamiento del testículo y ligero infarto de las glándulas inguinales, es el primer paso en su formación. Estos ataques se repiten á intervalos irregulares de tiempo hasta que queda establecida francamente la hidrocele. En otros casos, sin embargo, no se presenta así; toma una forma más aguda y viene acompañada de orquitis ó epididimitis, ó ambas, y hay fiebre más ó menos alta y aún vómitos y delirio. Las hidroceles filáricas pueden envolver un solo testículo, ó ambos, y generalmente hay algún engrosamiento del escroto. En algunos casos este engrosamiento es notable llegando á formar el "lymph scrotum" de los ingleses. La túnica vaginal parietal se presenta muy engrosada en los casos antiguos, pero no así en los recientes, en los que puede encontrarse ésta perfectamente normal en su apariencia macroscópica. La hidrocele puede contener el fluido quilúrico ó puede estar formada de un líquido amarillo oscuro.

La forma erisipelatosa, la conocida con el nombre de "erisipela boba" por el vulgo, es muy frecuente. Es una verdadera linfangitis aguda que ataca principalmente los vasos linfáticos de una ó ambas extremidades inferiores aunque puede atacar también cualquier otra parte del cuerpo.

Se presenta repentinamente con un escalofrío inicial, más ó menos violento, que se asemeja muchas veces al de la malaria, seguido de una fiebre que varía en intensidad y dura dos ó tres días si no hay complicaciones. La fiebre va acompañada de una cefálea intensísima y en muchos casos de vómitos y delirio. No es raro oir al enfermo quejarse de dolores en todo el cuerpo. Coincidiendo con la fiebre aparecen en la parte afectada una ó varias máculas rosadas que extendiéndose rápidamente coalescen for-

mando manchas rojizas de formas irregulares. Otras veces en vez de las manchas aparecen vetas rojizas que siguen el curso de los linfáticos de la parte interna de la pierna. Estas manchas producen una sensación de ardor, son dolorosas á la presión de los dedos y van acompañados de un edema más ó menos pronunciada de la parte enferma, que muchas veces permanece edematosa después de la desaparición de las manchas. En algunos casos hay infecciones secundarias y las manchas se transforman en abscesos que dan mucho pus y en estos casos la fiebre no desaparece sino que toma la curva de la fiebre séptica.

Según Manson, los repetidos ataques de esta forma de filariasis, en la misma parte, producen la elefantiasis; pero Dufougeré asocia su "linfococus" á la formación de este estado patológico y Le Dantec su "dermatococus", así es que todavía se halla en estudio tan importante asunto.

La variedad conocida con el nombre de "fiebre de secas" se presenta con los mismos síntomas de la forma ya descrita. Escalofrío inicial, fiebre, cefálea y algunas veces vómitos y delirio. Pero en esta no aparecen las manchas erisipelatosas de la anterior y en cambio las glándulas inguinales de una ó ambas regiones se infartan y se hacen muy dolorosas. Al tacto se sienten algo endurecidas y pueden delinearse unas de otras bastante bien. En mi opinión esta forma, repetida frecuentemente, debe producir las elefantiasis del pene y del escroto, porque dos casos que he tenido de elefantiasis del pene dan la historia de repetidos ataques de esta forma de filariasis y no de la forma erisipelatosa.

Las quilurias y las hematoquilurias no son tan frecuentes.

Un joven que sufría de quiluria se creía víctima de la espermatorrea y las emisiones quilúricas eran completamente indoloras y salvo un gran nervosismo provocado por su estado psíquico no presentaba más manifestación morbosa que las emisiones lechosas, que no eran constantes. Otro caso había sido dignosticado de fosfaturia y presentaba síntomas de dispepsia.

De hematoquiluria solamente he visto dos casos que no pude estudiar. Uno en un nativo y otro en una tortoleña.

Hay otras formas más raras que pueden dar lugar á errores de diagnóstico, como en los casos siguientes:—1o. Una mujer presentaba un bubón en la región inguinal izquierda que cedía á la presión de los dedos y se hundía hacia la cavidad abdominal para reaparecer al toser ó al tomar la enferma la posición vertical. Historia de esfuerzo muscular, con dolor en la citada región y la aparición del tumor que gradualmente aumentaba de volú-

men. Diagnóstico: hernia inguinal. Operación: al incindir el tumor salió un líquido turbio que venía directamente del abdómen. La herida cicatrizó de primera intención á los pocos días. Examinada la sangre por la noche, al siguiente día de la operación, se encontraron las microfilarias. 2o. Un hombre con una masa en el canal inguinal izquierdo. Esta masa era algo dura, dura, movible y no se podía reducir. Acompañaba al cordón y al toser empujaba el dedo hacia afuera, exactamente como se siente en las hernias. Diagnóstico: bubonocele. Operación: al abrir el canal se encontró una masa de tegido linfático hipertrofiado, del grueso y forma de un cigarro, que ocupaba todo el canal, estando íntimamente ligado al cordón y junto á éste se perdía en el abdómen. Se disecó todo lo que se pudo de la masa, se ligó lo restante de ella que se retrajo hacia el abdómen y el enfermo curó á los pocos días. Sospechándose la causa de aquella linfangiectasis se examinó la sangre encontrándose en ella las microfilarias. 3o. Una niña presentaba los síntomas siguientes: A intervalos irregulares, generalmente dos veces al mes, amanecía con edema del párpado inferior del lado derecho con parpadeo involuntario del ojo y dolor de cabeza. El edema del párpado desaparecía espontáneamente para reaparecer, con los mismos síntomas, más tarde en el mes. Esta niña había sufrido anteriormente de malaria que la había dejado bastante postrada. Diagnóstico: caquexia malárica con fenómenos nerviosos. Se usaron los medicamentos apropiados para estos casos, consiguiéndose mejorar notablemente el estado general de la enferma, pero el fenómeno ocular continuaba con la misma periodicidad. Una noche se examinó su sangre y aparecieron las microfilarias. 4o. Un jóven presentaba en el dorso de su mano izquierda un edema marcadísimo, sin infiltración de los tejidos contiguos. Apareció espontáneamente y desaparecicó lo mismo, sin fiebre, sin dolor y sin infarto glandular. Solamente se presentó una gran sudoración de la mano. Algunos días más tarde pude saber por el Dr. Ricardo Hernández (q. e. p. d.) que el enfermo era un filárico.

Un caso fatal de absceso del pulmón izquierdo, sin causa conocida, en un jóven operado de hernia hacían tres meses, fué provocado, á mi juicio, por la filaria porque ya anteriormente había visto las microfilarias en su sangre. ¡Cuántos abscesos en la cisterna de Pacquet ó en el canal torácico causados por la Filaria se habrán confundido con infecciones de otra naturaleza ó se habrán diagnosticado de abscesos perinefríticos!

Es curiosa é interesante la relación que guardan los ataques

agudos de filariasis con ciertos estados atmosféricos. Generalmente nunca se presenta un caso aislado sino que vienen en grupos y cuando uno vé un caso puede estar seguro de que verá otros casos más en la misma semana, y este hecho, que yo he podido observar muchas veces, lo explica Fulleborn con sus experimentos en el perro. El descubrió que la Filaria se desarrolla mejor en el mosquito cuando la temperatura del aire es alta y probó que á altas temperaturas las Filarias pueden salir más fácilmente del probóscide del mosquito y pueden penetrar la piel con más ligereza que á bajas temperaturas. Demostró también la relación que existe entre la humedad de la atmósfera y la enfermedad, porque probó que la Filaria pasa del probóscide del mosquito á la piel, y entonces, ó se abre su propio camino entre los tegidos para llegar á los linfáticos ó pasa por la apertura que dejó el probóscide al salir; y en ambos casos, por consiguiente, tiene que estar en contacto con la piel por algún tiempo, que, si está seca, puede hacerle daño; pero esto no ocurrirá si está húmeda. Tenemos pues, que las altas temperaturas y la humedad de la atmósfera favorecen grandemente la infección filárica.

He podido notar la frecuencia de esta enfermedad en la mujer, siendo la proporción en mis casos de 1 á 3 comparados con el hombre.

El mayor número de microfilarias que he podido ver en una sola preparación de sangre ha sido doce.

Su alarmante desarrollo en la Isla.—El incremento que va tomando la Filariasis en Puerto Rico es por demás alarmante. Pausada y silenciosamente, casi sin apercibirnos de ello, ha sentado sus reales en nuestro suelo, constituyéndose en una de las endemias del país, y desfigurando á unos con sus horribles manifestaciones elefantiásicas é inutilizando á otros para el trabajo, se cierne sobre nuestras cabezas, cual espada de Damocles, contituyendo una amenaza constante, un gravísimo peligro para nuestra comunidad. Ya desde el año 1875 no escapó á la perspicacia del célebre cirujano Dr. Dumont su frecuencia en la Isla y en su "Ensayo de una Historia médico-quirúrgica de la Isla de Puerto Rico", dice: "La Isla de Puerto Rico es un foco profundo de elefantiasis; en otro tiempo los casos eran más raros." También el Dr. F. del Valle Atiles en su obra "El Campesino Puertorriqueño" publicada en el año 1886 y premiada por el Ateneo dice: "la elefantiasis de los griegos es aquí rara, pero la elefantiasis de los árabes está muy extendida entre las clases pobres. Hoy, lo estamos viendo, pobres y ricos son igualmente atacados por la enfer-

medad y sin embargo nada se ha hecho para detener su desarrollo.

Profilaxis.—¿Cómo podríamos conseguir la extinción de la Filariasis en Puerto Rico?

La opinión popular está plagada de errores y hay gran pesimismo sobre las probabilidades de éxito de una campaña contra el mosquito, pero, considerando que ese mismo pesimismo existía acerca de la extinción de la Fiebre Amarilla y la Viruela que por 400 años fueron nuestro azote, lográndose finalmente su extinción contra todos los obstáculos, después de una lucha relativamente corta, no debemos desalentarnos ni desmayar ante las dificultades de la empresa, y las críticas que necesariamente traerá consigo por parte del público ignorante.

La extinción de la Filariasis de Puerto Rico solamente se conseguirá exterminando los mosquitos. Al emplear la expresión "exterminar los mosquitos" no quiero significar su completa destrucción en toda la Isla porque esto es simplemente imposible; me refiero solamente á su destrucción en las poblaciones y sus alrededores, que es una cosa enteramente factible. El mosquito es un insecto doméstico, se cría en casa, por decirlo así; y cuando vemos una casa infestada de mosquitos podemos afirmar que el foco que los produce no está lejos; probablemente en la misma casa ó en la del vecino. Es risible, dice el Dr. Ross, el gran exterminador del mosquito, para los que realmente conocen la vida del mosquito oir hablar al público quejándose del número de estos insectos que le molestan y que suponen venidos del bosque ó del manglar vecino ó empujados por los vientos del último temporal, cuando la verdad del caso es que han sido criados en sus mismos patios. Los mosquitos de los géneros "Culex" y "Anofeles", que son los importantes para nosotros, porque trasmiten la Filaria, la Fiebre Amarilla y la Malaria, se crían generalmente en cualquier sitio donde haya agua estancada, aunque la cantidad no pase de algunas onzas. En las cisternas, en los tiestos, en los cascos de botellas rotas, en las latas de sardinas y de conservas, en el casco de los cocos de agua, en las tinajas y en las piedras de filtros pueden encontrarse las larvas.

Conociendo las costumbres de los mosquitos es una empresa relativamente fácil atacarlos en sus viveros y hacerlos desaparecer de las poblaciones. Se nos objetará que otros mosquitos de la vecindad vendrán á reemplazar á los muertos; pero á esto podemos argüir que si la campaña es larga y tenaz también morirán los advenedizos y así sucesivamente hasta que se logre exterminar, no solamente los que existen en las poblaciones, sino tam-

bién los de los alrededores de éstos, y si la campaña se lleva simultáneamente en todas las poblaciones de la Isla, por tiempo indefinido, fácil es preveer el resultado. Otra objeción que se presenta es: ¿dónde se encuentra el dinero para la campaña? En primer lugar muy poco se necesita para empezarla. Los Ayuntamientos pagan barrenderos públicos y tienen carros para transportar la basura, y esos mismos barrenderos, dirigidos por personas entendidas en el arte de encontrar los viveros de los mosquitos, sirven para empezar la campaña, y los carros serán los vehículos necesarios. ¿Quién se opondrá á que le limpien gratis su casa, le desequen los baches y le libren de sus cacharros viejos? Más adelante, cuando la campaña se haya hecho popular y simpática, vendrán colectas públicas y vendrán subvenciones municipales para atender á los gastos de drenage de pantanos, desecación de charcas, etc., etc., que puedan presentarse en el curso de la campaña. Lo primero es empezar, porque no se termina lo que no se empieza, y como la campaña es necesaria y conveniente, pronto se convencerá el público de sas ventajas y el resultado más halagüeño coronará los esfuerzos que se hagan.

Para popularizar la campaña debemos ilustrar á las masas populares sobre los gravísimos peligros que puede traer consigo la picadura del mosquito y lo necesario que se hace su extirpación, infundiendo en ellas la convicción de su utilidad y la confianza en un éxito pronto y seguro para ganarnos su más decidida y eficaz cooperación. Los periódicos locales, el sacerdote en el púlpito y el maestro en la escuela son auxiliares poderosísimos é indispensables para este fin. La formación de una "Liga contra los Mosquitos" sería también un paso importantísimo para popularizar la campaña y levantar el entusiasmo. Más internados ya en la campaña, vendría la formación de las Brigadas contra el Mosquito, que tan buenos resultados han dado en Cuba, y el establecimiento de otras medidas que sería prolijo enumerar aquí.

Creo, en fin, que el esfuerzo unido de las autoridades federales, insulares y municipales, secundados por la buena fé popular y el dinero de los ricos, traería consigo la extinción del mosquito y como consecuencia la desaparición de la Filaria, la Malaria y otras enfermedades trasmitidas por este insecto.

San Juan, Septiembre 15, 1910.

Bibliografía:

Ensayo de una Historia médico-quirúrgica de la Isla de Puerto Rico por el Dr. E. Dumont.

El Campesino Puertorriqueño, por el Dr. F. del Valle Atiles.

La Asociación Médica

Honrando á uno de sus distinguidos Médicos.

Dr. Rafael Cestero Molina

† en San Juan, Pto. Rico, el día 25 de Septbre, 1910.

Mosquitoes, por el Dr. L. O. Howard.
Mosquito Brigades, por el Dr. Ronald Ross.
Manuel of Tropical Diseases, por Castellani y Chalmers.
Tropical Diseases por P. Manson.
Tropical Medicines and Hygiene por Daniel y Willinson.
Tropical Medicine por Jackson.

Dr. Rafael Cestero Molina

Miembro de la Asociación Médica de Pto. Rico.

† el 25 de Septiembre de 1910.

Nació este digno puertorriqueño en Bayamón, el año 1869, en cuyas escuelas recibió la instrucción primaria, pasando al término de ésta á San Juan, para continuar estudios superiores en el Instituto de 2a. enseñanza el año 1881, bajo la dirección de los P. P. Jesuitas y dos años más tarde, al Instituto Civil de la Provincia, institución creada por el espíritu liberal de aquella época, que ya iba abriendo cáuce en la conciencia del gobierno y del pueblo, esbozándose en nuestra historia política las primeras manifestaciones de un estado civil más en harmonía con las necesidades de aquellos tiempos.

Los jóvenes de entonces, que tuvimos la fortuna de asistir á aquel amanecer de nuestra vida pública, podemos decir que fuimos testigos de una transición hermosa, donde se afirmó el principio de rehabilitación de la personalidad isleña y su despertar á una vida más digna y más decorosa en los destinos de nuestro pueblo.

Aquella ola de reacción saludable que dió impulso al movimiento educativo del país, alcanzó á todos los órdenes de nuestra vida y se manifestó en los primeros ensayos de enseñanza universitaria, puestos en práctica por un grupo de honorables y dignos compatriotas que encontraron en ello ocasión propicia para abrir la válvula de escape de las ansias de libertad y de derecho, tanto tiempo reprimidas por la fuerza poderosa é irresistible del reaccionarismo.

Secundaba gallardamente aquel movimiento regenerador, el Ateneo, primero y único centro de Instrucción en la Isla, que mantenía y mantiene aún, el espíritu político, liberal y progresivo del pueblo puertorriqueño.

Y, á aquellas áulas, abiertas generosamente por el Ateneo, concurrió ganoso de ampliar conocimientos, al terminar sus estudios de Bachiller en Artes, nuestro biografiado el joven Cestero Molina. Allí se inició en los estudios de Medicina, pasando después á la Habana, donde fué discípulo predilecto del talentoso profesor de aquella universidad Dr. D. Carlos de la Torre y posteriormente á Barcelona y Madrid, en cuyas Universidades se distinguió mucho mereciendo honores y preferencias, justamente conquistados, de los profesores Drs. Redondo, San Martín y Moreno Pozo, catedráticos de Clínica Médica, de Clínica Quirúrgica y de Operaciones, respectivamente.

En la Universidad de Madrid, recibió los honores de la toga y del birrete médicos nuestro infortunado amigo, quien volvió á Puerto Rico, su país natal, con el anhelo natural del jóven pundonoroso y patriota que quería darle á su pueblo, el concurso brillante y noble de su inteligencia y de su corazón.

Una vez aquí, comenzó sus luchas profesionales y lo vemos de Médico de Sanidad y Beneficencia en Vega Baja, dominio de aquel cantor ilustre, gallardo y castizo, el más diestro, del habla castellana en Puerto Rico, el inolvidable Dr. José Gualberto Padilla, conocido en el mundo literario del país, bajo el pseudónimo de "El Caribe," é inmortalizado en sus bellas é inimitables estrofas. Más tarde Médico de Sanidad también, de Juana Diaz, San Juan y Guayama.

En esta población desempeñó el puesto de Oficial en la Estación de Anemia por uncinariasis, siendo por este motivo uno de los médicos puertorriqueños que auxiliaron con su talento y entusiasmo, esa obra magna, digna de ocupar lugar preferente en la historia de la Medicina tropical.

De corazón noble y generoso, inclinado á toda obra de piedad y enamorado al par de los progresos que el arte de la Cirujía venía realizando en el país, contribuyó con sus gallardos esfuerzos á la obra de fundación de un Hospital en Guayama.

Tuvo el honor, años después, de ser Médico Director de la Sección de Cirujía del Hospital Tricoche de Ponce, á la vez que inauguró, con el beneplácito de aquel Municipio, la sección de servicio de Garganta, Nariz y Oidos en el mismo Hospital.

Guiado por el deseo de ampliar conocimientos en esta espe-

cialidad abandona el país, hace apenas dos años, y fija su residencia en París, donde al lado de los profesores Sebileau, Luc, Guissez y Lermoyez, adquiere amplios conocimientos, regresando hace pocos meses á Puerto Rico, donde brillantemente y con gran fortuna, comenzó á dar sus primeros pasos en la ya mencionada y difícil especialidad.

Pero la muerte, triunfadora siempre, cortó el hilo de su preciosa vida, cuando las ilusiones y los triunfos de su carrera, empezaban á sonreirle.

El compañero médico y el amigo que nos abandona, no fué digno de nuestro olvido y por eso el Boletín Médico hace honor á su memoria, trayendo á estas páginas, el recuerdo de su nombre.

En el campo de la ciencia médica, pudiera decirse de él que era un característico y que había afirmado su personalidad médica en grado suficiente á destacarse y tomar relieve profesional.

El, como todos los característicos, exaltaba una cualidad y tal vez, por eso, aparecía inadaptable al ambiente social en que desarrollaba su personalidad. Era un enamorado del yo, pero con exaltaciones de bondad y de virtud estimuladas y puestas á prueba de acción en todos los instantes de su vida.

De corte y figura de "gentleman", atildadísimo y refinado en su manera de producirse, hubiera podido decirse de él que era un devoto de la forma y un servidor cumplido de ella, mostrándose contrario y antagónico con el medio en que vivía.

Y, como si toda condición de carácter tuviera su utilidad reservada para los fines de la lucha por la vida, fueron aquellos rasgos personales de él, factores valiosísimos de su factura profesional, que definían las virtudes y méritos del hombre de ciencia, del Médico y del Cirujano.

En aquella concentración del YO, donde parecía apagarse esa fuerza invisible llamada estímulo y que es fuente del cambio de relaciones entre individuos y sin la cual sería infecunda la acción social, conteníanse las grandes virtudes, qúe habían de dar gran relieve á la personalidad del médico y que, de modo tan brillante, había iniciado su labor científica entre nosotros.

Si descreido y falto de fé, ageno acaso á la confianza en sí mismo, que todo hombre necesita atesorar, como fuerza indispensable de éxito en la vida; devoto de sí, con excentricidades pueriles, alimentadas por un alma de niño; cuando de las abstracciones del mundo real salía, solicitado por estímulos científicos, para entrar de lleno en el campo de las investigaciones, entonces

veíase surgir, con todo su relieve, al hombre de estudio, al hombre enamorado de la verdad científica.

Dícese comúnmente fracasado, del hombre que, camino de las utilidades y conveniencias banales, que persiguen las ambiciones, no dá con aquellas y no las conquista. Tal de éstos era Rafael Cestero, quien no vió casi nunca, cerca de sí, una satisfacción, una de esas que colman el apetito insaciable y con afán y de contínuo perseguidas por el egoismo.

No se aventuraba nunca á conquistas de satisfacciones mundiales, porque tímido ó irresoluto para dar de frente con la lucha que su posesión supone, desconfiaba de sí mismo y ellas se alejaban de él, dejándolo siempre desilusionado y vencido.

No fué, por eso, un luchador movido por el resorte mezquino de las ambiciones, que aseguran posiciones ventajosas y éxito á los osados, acaso á los más ineptos y faltos de virtud para esos fines. Toda la confianza en sí la distraía del medio externo y la reconcentraba en su campo seguro de acción: la clínica.

Si fuera válida y castiza la expresión, podríamos decir de él que era un **tecnicista**, en cuanto á su **modus operandi** de cirujano. Enamorado del detalle minucioso, escrupuloso en demasía, mostrábase tal vez indiferente á los problemas que con la "etiología" y la "patogenia" se relacionan, por dar mayor atención á la técnica que el tratamiento quirúrgico exige. Era tanto más artista en la línea del detalle, que en el hecho de la operación. Parecía haber hecho de eso una especialidad, y la servía con un rigor de arte y una devoción admirables.

No se contenían bien esas disposiciones, en los cuadros vagos y abstractos de la Medicina, que demanda esfuerzos de inducción y de análisis sin otra expresión que la hipótesis fantástica, las más de las veces, y que, si habla al artificio de una lógica convencional, no dice nada á los sentidos, ante los cuales el hecho morboso aparece intangible é ignorado.

Gustábale actuar, más que divagar, en concepciones ideológicas. Estaba por eso, dotado de todas aquellas virtudes y cualidades que son exigibles no al operador mecánico, que de la cuchilla hace un instrumento trazador de cortes, sin otra guía que la rutina, sino al verdadero cirujano, aquel que exploró antes, con gran caudal de ciencia clínica y de experiencia, los hondos misterios del organismo enfermo y adquirió después, por virtud de ello, la potencia mental suficiente á penetrar con el pensamiento antes que con el bisturí, en el vasto campo de los procesos morbosos.

Tales son las cualidades salientes del compañero médico y del amigo, que deja un vacío muy grande en el cuadro de honor de la Asociación Médica, tributaria hoy, de este homenaje á su digna memoria.

¡Duerma glorioso en la eterna paz, como vivió querido y admirado en el amor y en el respeto de sus conciudadanos!

Dr. M. QUEVEDO BAEZ

NOTICIAS

Tenemos conocimiento que el informe enviado por el Comité de Puerto Rico al Congreso Internacional de la Tuberculosis, en Barcelona, fué escrito por el Dr. Martinez Rosselló y mereció los aplausos de los demás colegas del Comité. Esta Revista publicará oportunamente dicho trabajo.

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.

Año VIII. { NOVIEMBRE DE 1910. } Número 74.

SUMARIO.

Asociación Médica de Condado.

CONSTITUCION.

(Conclusión).

Sección 6.—Todos los miembros tienen derecho de asistir á las sesiones, tomar parte en los debates y ser elegibles para cualquier cargo ó puesto honorífico de la sociedad mientras se conduzcan conforme á esta constitución y reglamento y pague puntualmente sus cuotas. Un miembro que esté sufriendo sentencia de suspensión ó expulsión no podrá tomar parte en ninguna sesión ni ser elegible para cargo alguno mientras sufra dicha pena. Ninguno de los privilegios de que disfrutan los socios se concederá á persona alguna que no pertenezca á esta sociedad á no ser por la mayoría de los votos de los asociados en sesión ordinaria.

Sección 7.—Un miembro que sea culpable de un delito ó falta grave, ya como médico, ya como ciudadano ó que infrinja cualquiera de las disposiciones de esta constitución y reglamento estará sujeto á censuras, suspensión ó expulsión. La acusación contra un miembro debe hacerse por escrito y ser entregada al secretario quien inmediatamente suministrará una copia al acusado y el Presidente de la Junta de Censores. Esta Junta investigará los cargos pero no resolverá nada hasta que no hayan transcurrido diez días de haberse enviado los cargos al acusado; ni antes de haberse concedido al acusado y á los acusadores amplia oportuni-

dad para ser oidos. La Junta informará (1) si los cargos no están probados; (2) si los cargos están probados y el acusado debe ser (a) sujeto á censura; (b) suspendido por un tiempo definido ó (c) expulsado. Para la censura ó suspensión se requiere el voto de las dos terceras partes de los miembros presentes y votantes; para la expulsión las tres cuartas partes del voto de éstos. No se tomará resolución alguna por la Asociación en tales casos sin que hayan transcurrido seis semanas por lo menos de haberse presentado los cargos. Un miembro suspendido por tiempo indefinido debe ser repuesto al terminar este tiempo.

Sección 8.—Antes de procederse á formular cargos que afecten el caracter y prestigio de un socio, deben llevarse á cabo los esfuerzos posibles en favor de la paz, conciliación ó reforma, hasta donde sea posible. El acusado tendrá la oportunidad de ser oido en su propia defensa en todos los procedimientos y juicios de esta naturaleza.

Sección 9.—Los miembros expulsados de esta sociedad por cualquier causa, podrán ser aceptados nuevamente un año después de la expulsión en los mismos términos y sujeto á las mismas condiciones que los que solicitan ingreso por primera vez.

Capítulo 2.—Atribuciones y deberes.

Sección 1.—La Asociación tendrá la dirección general de los asuntos de la profesión médica del condado, y su influencia se ejercerá constantemente en el mejoramiento de sus condiciones morales, científicas y sociales de todo médico. Todos los miembros así como la sociedad llevarán á cabo sistemáticos esfuerzos para aumentar el número de socios de modo que lleguen á estar inscritos todos los médicos del condado.

Sección 2.—Se celebrará sesión á las.... de la... del día... de cada mes (ó más á menudo). ....miembros constituirán quorum. Los funcionarios y la comisión de programa se aprovecharán de la experiencia y ejemplo de otras sociedades semejantes, tratarán de darle la forma más atractiva y brillante á los trabajos de cada socio. Monografías concisas y discusiones é informes de casos se incluirán en el programa y trabajos y discusiones sin provecho y cansadas se evitarán en lo posible.

Sección 3.—Esta sociedad no redactará convenios ni tarifas de honorarios, pero una vez al año, por lo menos, celebrará una sesión para discutir los asuntos económicos de la profesión en el Condado, con el fin de adoptar los mejores métodos para guía de todos. Por cuantos medios sean apropiados se tratará de demos-

trar al público que los buenos métodos en los negocios y el cobro puntual de las cuentas son cosas esenciales para el médico y cirujano moderno y que el no reconocer esto, representará un perjuicio para él y para la profesión.

Sección 4.—Esta sociedad tratará de educar á sus miembros en la creencia que el médico debe ser un leader en su comunidad en cuanto á carácter, conocimientos, porte digno y varonil, en trato cortés y franco para sus compañeros, de modo que la profesión venga á ocupar el sitio que tiene derecho y la estimación pública que merece.

Capítulo 3.—Funcionarios.

Sección 1.—Los funcionarios de esta Asociación serán elegidos en la sesión de Diciembre de cada año, que será conocida con el nombre de "Sesión Anual". La designación de candidatos se hará por medio de una votación especial, y todas las elecciones se harán por votación secreta. Para una elección se necesitará el voto de la mayoría de todos los miembros presentes

Sección 2.—El Presidente dirigirá las sesiones de la sociedad y cumplirá los deberes que la costumbre y el uso parlamentario exijan. Será el jefe real de la profesión en el Condado durante el año y será su orgullo y ambición el dejarla en mejores condiciones en cuanto á armonía y á la parte científica que cuando empezó á servir su cargo.

Sección 3.—El Vice-Presidente ayudará al Presidente en el cumplimiento de sus deberes, presidirá en su ausencia y le sucederá en la presidencia en caso de muerte, renuncia ó cambio de Condado.

Sección 4.—El secretario redactará las actas de las asociaciones y recibirá y custodiará todos los documentos que pertenezcan á la sociedad incluyendo las cartas constitutivas. Avisará á cada miembro de la sociedad del sitio y lugar de cada asociación y siempre que sea posible enviará la orden del día de esta, llevará cuenta y entregará inmediatamente al Tesorero todos los fondos de la sociedad que lleguen á manos de él. Formará y conservará una lista de la sociedad y reunirá sus condiciones reglamentarias incluyendo el nombre correcto, dirección, población y fecha de graduación, y le fecha de certificado que le dá derecho á practicar la medicina en este estado; y en una lista separada anotará los mismos datos referentes á todo médico legalmente calificado en este Condado y que no sea miembro de esta sociedad. Será su deber enviar copias de estas listas en modelos en blanco que reci-

birá á tal fin el secretario de la sesión de estado en las fechas indicadas por esta Asociación. Al hacer dichas listas tratará de anotar cada médico que haya venido á residir al Condado ó que haya salido de él durante el año en cuanto sea posible su dirección actual y la anterior al mismo tiempo, y con su informe de tales listas de miembros y médicos enviará á la sesión de Estado su orden contra el Tesorero por las cuotas anuales de la sociedad.

Sección 5.—El Tesorero recibirá todas las cuotas que pertenezcan á la sociedad de mano del secretario y de los socios, y hará los pagos por orden escrita del Presidente, firmada también por el secretario.

Sección 6.—Los delegados atenderán y representarán fielmente á los miembros de esta sociedad y la profesión de este Condado en la Cámara de Delegados de la Asociación de Estado y redactará un informe de lo actuado por este cuerpo para darlo á conocer á la sociedad, en el primer momento oportuno.

Capítulo 4.—Comisiones.

Sección 1.—Habrá una Junta de Censores según dispone la Constitución, una Comisión de programas y trabajos científicos, una comisión de Sanidad y Legislación y las comisiones especiales que de vez en cuando sea conveniente crear.

Junta de Censores.

Sección 2.—Esta Junta comunicará é informará sobre las condiciones de los que soliciten ser socios sometiendo á cada uno al exámen que estimen necesario. Investigará los cargos contra un miembro y enviará sus conclusiones y recomendaciones á la Asociación. En caso de ausencia de algún miembro de la Junta el Presidente nombrará otro socio para llenar la vacante. El miembro de la Junta que sea más antiguo en la sociedad será el Presidente de aquella.

Comisión de programas y trabajos científicos.

Sección 3.—Esta comisión consistirá de

1 Presidente.
1 Vice-Presidente.
1 Secretario.

Será su deber entender en las funciones científicas y sociales de la Asociación preparando programas variados para cada sesión y trabajando para que cada miembro tome parte en la obra científica. Estimulará los sentimientos fraternales entre los miembros por todos los medios posibles. (En esta sección debe

disponerse lo necesario para banquetes y comidas anuales, etc., que la comisión crea de alta conveniencia para promover las reuniones de los miembros. Debe procurarse que esto se haga con el menor gasto posible.)

Comisión de Sanidad y Legislación.

Sección 4.—Esta comisión consistirá de tres miembros que serán nombrados anualmente por el Presidente. Será su deber el cumplimiento y defensa en el Condado de las leyes médicas y sanitarias del Estado, cooperar con la comisión de asuntos públicos y de legislación de la Asociación de Estado en todos los asuntos concernientes á legislación y perseguir á los charlatanes y presuntos médicos en este Condado.

Capítulo 5.

Sección 1.—El derecho de ingreso que debe acompañar á la solicitud será de.... y deben incluirse las cuotas anuales por el año fiscal. La cuota de entrada será devuelta si el solicitante no es aceptado.

Sección 2.—La cuota anual será de.... y se pagará el primero de Enero de cada año. Todo miembro que no haya pagado sus cuotas el primero de Abril será suspendido sin necesidad de que la Asociación tenga que tomar acuerdo alguno. Un miembro suspendido por falta de pago en sus cuotas, quedará reintegrado en todos sus derechos tan pronto como haya pagado sus deudas pendientes. Los miembros que deban más de un año serán eliminados de las listas de socios.

Sección 3.—El año fiscal de esta Sociedad será de Enero á Diciembre inclusive.

Capítulo 6.—Orden de las sesiones.

El orden de la sesión será el siguiente:

1.—Apertura por el Presidente.
2.—Lectura del acta de la última sesión.
3.—Casos clínicos.
4.—Informes y discusiones.
5.—Asuntos pendientes.
6.—Asuntos varios.
7.—Anuncios y clausura.

Capítulo 7.

Las deliberaciones de esta sociedad serán dirigidas por la

práctica parlamentaria contenida en las reglas de orden de Roberts, á menos que no se ordene otra cosa por votación.

Capítulo 8.

Los principios de ética médica de la Asociación Médica americana se considerarán vigentes en esta sociedad.

Capítulo 9.—Enmiendas.

Estos reglamentos pueden ser enmendados en cualquier sesión por el voto de las dos terceras partes de los miembros presentes, siempre que dicha enmienda haya sido leida en la sesión regular precedente y una copia de la misma haya sido enviada á cada miembro por el Secretario con diez días de antelación á aquel en que vá á adoptarse la resolución final.

Dr. ELISEO FONT Y GUILLOT.

La reacción de Wasserman en la Lepra.

La labor que indica el epígrafe no es nuestra: conviene advertir que sólo nos mueve á la publicidad de una síntesis sobre este tema importantísimo, dsarrollado con maestría suma y con inteligencia suprema, por el Dr. Don Alberto Recio, de la Habana, en el Boletín Oficial de Sanidad de la Isla de Cuba, la idea útil y sugestiva de vulgarizar entre los compañeros no especializados, conocimientos de valor inapreciable en el actual momento histórico, en esta hora crítica de la Medicina contemporánea, en que tal parece que se derrumba viniendo á tierra el monumento vetusto de las antiguas concepciones patogénicas de la sífilis. La utilidad de esas nuevas orientaciones no puede ser discutida. La aplicación al diagnóstico de la "Sífilis" de la reacción de Wasserman extendiendo su aplicación al de la "Lepra", es un progreso médico incontestable. El procedimiento empleado por Bordet y Gengou para el último diagnóstico se basa en el estudio de los "antígenos" (bacterias y sus productos) y de los anti-cuerpos contenidos en el suero de la sangre en el curso de diversas enfermedades infecciosas.

Dr. ELISEO FONT Y GUILLOT.

PRINCIPIO DEL METODO

El suero de algunos animales posee "in vitro" propiedades

disolventes de los hematies de especies distintas, fenómeno que ocurre con mayor intensidad, si el animal de donde procede dicho suero ha sido inmunizado contra los glóbulos rojos del segundo por inyecciones repetidas de aquel, de dichos hematies.

En la producción de este fenómeno hemolítico intervienen de acuerdo con la teoría de Ehrlich, á más de los hematies, dos substancias:

1o.—El complemento, llamado también "alexina" ó "cytasa", substancia á su vez compuesta de dos grupos, uno "haptofórico", por el cual se fija, y otro "toxofórico" que actúa.

2o.—El "amboceptor", substancia "sensibilizatriz" ó fijador, que consta á su vez de dos grupos: el "citófilo haptofórico", para fijarse á las células, bacterias, etc., y el "complementófilo", por el cual se une al complemento.

El "complemento" es un principio constante en todos los sueros que se destruye á la temperatura de 56° C. sostenida durante media hora. El "amboceptor" es específico, sólo actúa sobre los elementos células, bacterias, hematies, etc., contra los cuales ha sido inmunizado el animal de donde proceda y resiste la temperatura de 56° C.

El concepto de esta especificidad del amboceptor viene á ser modificado por el hecho de existir en el suero de algunos animales ciertas substancias denominadas "anticorps" y que no son otra cosa que verdaderos amboceptores naturales. Así, por ejemplo, el suero humano disuelve in vitro los hematies del carnero.

Es de rigor para comprender bien la reacción de Wasserman recordar que existen estos dos amboceptores: "natural (anticorps) y "específicos" en la sangre de los sifilíticos y según Bauer también en la de los leprosos.

Se comprende que si falta el amboceptor "natural" en algunos casos, como pretende Nogruchi, no será posible apreciar la reacción por falta de un elemento importante para hacer la hemolisis.

Ahora bien: si representamos un sistema hemolítico con suero normal, es decir, que contenga solamente amboceptores naturales, por ejemplo, los humanos para los hematies del carnero, lo haremos de la manera siguiente:

Complemento + amboceptor natural + hematies = hemolisis.

Si se suprime cualquiera de los elementos que intervienen en las hemolisis, ésta será suprimida.

Por otra parte se ha demostrado que cuando se ponen en presencia una bacteria ó sus productos ("antígenos") y el "anticuerpo" ó amboceptr específico, á que dichos antígenos dan lugar cuando invaden un organismo, el compuesto resultante posee gran afinidad por los complementos á los cuales se fijan de manera que verificada la fijación, quedan impedidos estos complementos de toda otra función.

De modo que un sistema hemolítico en el cual entra como factor el suero humano de un sujeto sifilítico ó leproso, conteniendo por tanto amboceptores naturales y específicos, estará representado del modo siguiente:

Complemento + amboceptores { naturales / específicos } + hematies = hemolisis + amboceptores específicos libres.

Pero si se coloca cierta cantidad de antígeno junto con el complemento y amboceptores antes de agregar los hematies y la mezcla se mantiene á 37° C. durante media hora, se fijarán los complementos á dicha mezcla, resultando que al agregar después los hematies no hallarán en el sistema el factor complemento, no pudiendo por tanto verificarse la disolución.

La fórmula será en este caso:

Complemento + amboceptores { naturales / específicos } + antigeno + temperatura 37 grados C media hora + hematies = Complemento + amboceptor específico + antigeno quedando libres amboceptores naturales y hematies.

TECNICA

Bauer simplificó el procedimiento de Wasserman en el serodiagnóstico de la sífilis; y entiéndase que con ser el "modus operandi" más rápido y sencillo en nada se disminuye la claridad y precisión, así como el valor de los resultados obtenidos con el método primitivo.

REACTIVOS

1o.—"El complemento". Como complemento se usa el sue-

ro fresco de curiel diluido al 1 por 10. Para obtenerlo se practica una sangría en la arteria femoral de un curiel grande (es conveniente someterlo al ayuno las 24 horas precedentes) y se extraen de 8 á 10 c. c. de sangre. No es necesario sacrificar el animal, ni obtener mayor cantidad de sangre.

Con 2 centímetros cúbicos de suero bastan para cinco ensayos, y el exceso de complemento, en nuestro clima se modifica y destruye rápidamente, por lo que se requiere prepararlo en el momento de usarlo.

La sangre recogida en un tubo de la centrífuga perfectamente limpio y estéril será centrifugada enérgicamente hasta completa separación del suero, que debe aparecer transparente.

Se retira este suero con una pipeta armada de tubo de goma y se diluye una parte del suero de curiel en 10 de "solución salina isotónica estéril". Uara esta operación sirve una geringuilla de Pravatz provista de larga aguja con lo cual se facilita en gran modo la dilución.

El frasco estéril en que se recoje la mezcla se llevará á la nevera á 6 ú 8 grados C. de temperatura hasta el momento de usarse, lo que nunca será después de 12 horas de su preparación.

2o.—"Amboceptores". La modificación más importante introducida por Bauer en la reacción de Wasserman ha sido la substitución de los amboceptores específicos artificiales que requieren una preparación lenta de varias semanas de duración, por los amboceptores naturales (anticorps) contenidos en los sueros humanos que se examinan.

Objeta Nogruchi que la cantidad de amboceptores contenidos en dichos sueros es variable desde 0 hasta cantidades considerables, lo que constituye á su juicio una gran fuente de error en el diagnóstico de la sífilis.

Bauer en 50 individuos nunca la ha encontrado igual á 0, y en la aplicación al diagnóstico de la lepra, encontró siempre suficiente el empleo de estos anticorps.

3o.—"Suspensión de glóbulos rojos de carnero"—Hematies.—Previamente limpia y rasurada la región se extraerá de la safena del animal 10 c.c. de sangre con el auxilio de una geringuilla hipodérmica.

Se vierten en un frasco de cristal esterilizado, conteniendo limaduras de hierro ó pedacitos de cristal y se agitará fuertemente durante varios minutos, al cabo de los cuales se pasará al través de una tela de mallas finas también estéril recogiendo la san-

gre de este modo en un recipiente de cristal de donde se traslada á un tubo de la centrífuga.

Se centrifuga enérgicamente hasta separación completa de los hematies y con la geringuilla ó una pipeta se retira el suero, teniendo la precaución de haber hecho un trazo al tubo en el nivel superior del líquido.

Retirado el suero se reemplazará con solución salina normal hasta enrasar con el trazo señalado. Se agita el tubo y se centrifuga nuevamente, se retira el líquido que sobrenada del mismo modo que se hizo con el suero y se vuelve á agregar la misma cantidad de "solución salina isotónica", con lo cual se obtendrá una suspensión equivalente á la sangre pura. Esta se diluirá al 5% en solución salina fisiológica y se conservará también en la nevera á la temperatura de 6 á 8 grados C.

La suspensión solo se conserva útil de dos á tres días.

4o.—"Antígeno".—Con todas las precauciones asépticas se obtendrán uno ó más lepromas cutáneos ricos en bacilos de Hansen y no ulcerados ni conteniendo otros gérmenes, hasta reunir una masa de cinco gramos.

Se triturará perfectamente en un mortero de cristal. La papilla, lo más homogénea posible, se mezclará á 50 centímetros cúbicos de alcohol de 90 grados. Esta emulsión se lleva á la estufa á 37 grados C., donde se dejará dos ó tres días en amceración, agitándola frecuentemente. Se dejará al cabo de ese tiempo 24 horas en reposo, y el líquido claro que sobrenada se decanta, pudiendo durar algún tiempo conservándolo en la nevera.

Para hacer la reacción se diluirá este extracto en el momento de usarse en la solución salina fisiológica, y el tipo variable de esta disolución se obtendrá de la manera siguiente:

Se vierten en una serie de tubos de ensayo 0'25 c.c. ó 0'15 c.c., y 0'05 c.c. del extracto alcohólico y se coloca en cada tubo tanta cantidad de solución salina fisiológica como sea necesaria para obtener 1 c.c. de solución salina isotónica.

En cada uno de estos tubos se vierten 0'2 c.c. de suero humano normal en el cual se han destruido los "complmeentos" elevando la temperatura á 56 grados C. durante media hora. Se llevan los tubos á la incubadora á 37 grados C. durante 30 minutos, y al cabo de este tiempo se vierten en cada una de ellas 1 c.c. de la suspensión de glóbulos del carnero y se ponen de nuevo en la estufa á 37 grados C. Si pasado cierto tiempo se hace la hemolisis en todos los tubos, se anota el tiempo en que se ha verificado para que se tenga en cuenta en las reacciones ulteriores, y se pue-

de utilizar en estas el tipo de la dilución del primer tubo, es decir, al 1|4. Si esto no sucede se observa cual ha sido el tubo en el cual la hemolisis ha sido completa (debe aparecer perfectamente) y se tomará su tipo de dilución para las reacciones subsiguientes.

Si, por ejemplo, se observa la hemolisis en el tubo conteniendo 0'10 c.c. de extracto alcohólico, es decir, á 1|10, se tendrá en cuenta al usarlo que debe diluirse al 1|60 en solución salina isotónica.

5o.—"Suero humano normal."—Puede obtenerse extrayendo 5 á 10 c.c. de sangre de una vena del antebrazo en un sujeto normal, procediendo del modo siguiente: se practica una ligadura en el tercio inferior del brazo, con lo que se harán muy aparentes las venas del pliegue del codo y del antebrazo. Hecho esto y previa limpieza y asepsia de la piel, se punciona con una geringuilla hipodérmica una vena y retirando suavemente el émbolo extraemos la cantidad necesaria.

La operación es mucho más simple que la sangría que generalmente se recomienda, é inocua siempre si se observan las reglas elementales de la asepsia, siendo á la vez mejor tolerada por los pacientes.

Viértase la sangre extraida en un tubo de centrifugación y practíquese esta hasta separar completamente el coagulo.

De este modo se obtendrán 1 1|2 á 2 c.c. de suero que se retira con la misma geringuilla provista de la aguja larga y se colocan en tubos de pequeño diámetro para llevarla al baño de maría á 56 grados C. media hora y destruir por este medio sus complementos.

6o.—"Suero del enfermo."—Se extraerá de la sangre del enfermo exactamente como el suero humano normal y se someterá como éste á las mismas manipulaciones y á la temperatura de 56 grados C. durante media hora á fin de hacerlo inactivo.

PRACTICA DE LA REACCION

Antes de comenzar una ó una serie de reacciones es conveniente cerciorarse de que la solución salina no altera los hematies y de que el antígeno si no es recién titulado, no ha sufrido alteración.

Para lo primero se toma 1 c.c. de suspensión de hematies de carnero y se mezcla á 4 c.c. de solución salina.

Se lleva á la estufa y al 1|4 de hora no deben los glóbulos haber experimentado modificación. Si ha perdido su hemoglobina

es prueba de que dicha solución salina no es "isotónica" y deberá hacerse y comprobarse nueva solución.

Para comprobar el "antígeno", lo más práctico es repetir su valoración del modo antes descrito, ó bien, como hacemos algunas veces, practicar reacciones usando el antígeno á distintas dilusiones.

Ejemplo: si su título es al 1|4 simultáneamente se hacen 3 reacciones colocando en una serie de tubos diluciones al 1|4, en otra al 1|3 y en la tercera al 1|5. Tanteando de este modo podrán obtenerse reacciones muy claras y precisas.

Comprobados estos reactivos y usando complementos y hematies recién preparados, se toman cuatro tubos de ensayo de un diámetro pequeño y se vierten en ellos los reactivos y se tendrá:

El tubo primero contiene el suero que se examina. El segundo sirve para demostrar que el suero del enfermo, por sí solo, no impide la hemolisis. El tercero contiene suero del sujeto normal, si es posible ya examinado y sirve para comparar la reacción del primero, y el cuarto demuestra que el suero del sano, tampoco por sí, impide la hemolisis, y sirve también de comparación del tubo segundo.

En los tubos segundo y cuarto la hemolisis debe aparecer á los 15 minutos, mostrándose transparente. Si esto no se verifica es señal de que los reactivos empleados ("antígenos, complementos," etc.) han sufrido alguna alteración, por lo que conviene repetir la operación con reactivos frescos. Si á pesar de estas precauciones no aparece la hemolisis en el tubo cuarto y sí en el tubo segundo, indicará que el suero tomado como normal carece de "amboceptores" (intercorps), y si aparece en el cuarto y no en el segundo, carecerá de amboceptores el suero del sujeto que se examina.

Estas dos últimas contingencias que constituyen una de las causas de error señaladas por Noguchi, tratándose de la aplicación á la lepra, jamás se ha tenido ocasión de presenciarla.

La otra causa de error señalada por el autor citado y representada por la variabiidad de "ambo-ceptores" naturales contenidos en la unidad de volúmen de uno de los sueros humanos utilizados, no ha influido en suficiente número de los casos examinados para que se deba considerar el presente método menos eficaz que el proceder primitivo y sus otras modificaciones.

Por lo demás, este inconveniente puede obviarse usando en vez de 0'2 c.c. de suero humano, una cantidad previamente hallada que sea exactamente la necesaria á una completa hemolisis;

para ello se harán reacciones previas usando complementos, solución salina y 0'05 c.c., 0'1 c.c. y 0'3 c.c. de suero, tanteando hasta obtener la dosis conveniente de suero normal y de suero patológico, lo que se tendrá en cuenta para emplear en la reacción final en vez de 0'2 c.c. de ambos sueros las cantidades propias respectivamente encontradas.

Al hecho de que no se presente hemolisis en ninguno de ambos tubos de prueba, debido á la ausencia de amboceptores en los dos sueros humanos, normal y patológico, por lo problemático y casual que resulta no se le da gran importancia, señalándolo sólo á título de una posibilidad.

Verificada la hemolisis en los tubos segundo y cuarto es preciso vigilar la reacción en el primero y en el tercero en un espavariable entre tres cuartos de hora y dos horas, según las propiedades de los reactivos, comienza la hemolisis en el tubo tercero. Y si al mismo tiempo y con igual intensidad aparece en el primero, el suero que se investiga pertenece á un individuo normal.

Si la reacción en el primero, sucede después que en el tercero, el sujeto será probablemente "leproso"; y si á las dos horas de verificada en el tercero no hay hemolisis en el primero, el sujeto en cuestión deberá considerarse leproso.

Practicando la reacción con sustancias "lipoides" en vez de "antígeno leproso", se obtienen algunas veces reacciones positivas con los sueros de leprosos. Pero el hecho de no poder en muchos de ellos descartar absolutamente la "sífilis hereditaria ó adquirida" mantiene la duda de si en esta reacción es factor indispensable el verdadero antígeno, ó si se trata como en la sífilis, de la presencia de "sustancias lipoides."

Hernia inguinal antigua.

INFLAMACION CRONICA DEL SACO.—ADHERENCIA DE ASAS INTESTINALES A NIVEL DEL CUELLO. COMPRESION DEL CORDON.

R. M.—Ingresó en el Hospital acusando fuertes dolores á la región inguinal derecha. Sobre este sitio se observa un tumor duro, en forma cilíndrica que simula ó dá la impresión del cordón grandemente aumentado de volúmen, extendiéndose hácia el tes-

te presentando á este nivel una ampliación en forma de bolsa. Al tacto parecía un gran hidrocele.

El enfermo refiere que él padece hace tiempo de una hernia y usa un braguero y desde hace ocho meses notó se había reducido, sufriendo dolores vivos que le imposibilitan permanecer en pié y dedicarse á trabajo alguno.

Colocado el termómetro bajo la axila marca 37.8 de temperatura.

El paciente es un cardiaco y se pensó desde el primer momento fuera nefrítico no dando tiempo á conocer la composición de la orina por demandar el paciente una intervención inmediata dados los síntomas subjetivos de gran dolor y temor de que le sobreviniera algún grave daño.

Se intenta la anestesia local por la estovaina en solución al 1|00 pero en vista de la imposibilidad de obtenerla se administra cloroformo obteniéndose una anestesia completa.

Se practica la incisión para la cura radical de la hernia. Se deja el 2o. tiempo por verificar con el objeto de explorar primero el tumor, observando que las fibras del cremaster abrazábanlo en una dirección oblícua describiendo una curva espiral. Pensamos en la posibilidad de una hernia reducida de saco grueso y pedículo torcido. Aislado el tumor por arriba y abajo se nota el teste reducido á su más ínfima expresión, como atrofiado y adherente al resto del tumor como si éste fuese en efecto un hidrocele. Practicamos una incisión longitudinal de la masa dura y fué preciso incindir con fuerza, atravesando una capa de un centímetro y medio que formaba la pared de una cavidad de la que salió líquido de color cetrino. Se agranda la herida de dicho saco ó bolsa y se explora; notando hacia la parte superior un conducto estrechado de calibre para dejar pasar el dedo meñique; con un pequeño empuje del dedo notamos haber tocado asas intestinales.

Dividimos por encima del cuello del saco la aponeurosis del gran oblícuo, aislando el saco á dicho nivel; separamos el cordón que estaba reducido á pequeñas hebras, ligamos este, fraccionándolo y cortamos el saco continuando la mersión hacia arriba hasta el nivel del cuello. Seccionamos el saco como a dos centímetros por debajo del cuello y á este nivel separamos dos adherencias de intestino grandemente modificadas por el color violáceo que presentaban, teniendo que practicar una pequeña decolación del saco en su cara posterior para liberar una de las asas. Redujimos liberando de otras adherencias finas internas á las asas delgadas que se presentaban, procedimos á la ligadura en dos partes

del cuello, suturando desupés por sus bordes libres y terminando con la unión de la aponeurosis y demás planos como en los casos ordinarios.

Examinada la pieza anatómica se comprueba la atrofia del teste, y el gran desrrollo hasta la transformación fibrosa del saco herniario. Sobre la cara interna de este se comprueba la existencia de un exhudado inflamatorio fibrinoso.

Habiendo el paciente usado por espacio de doce años el aparato contentor de la hernia, parece y es lo más probable que ello sea así, que el braguero contuvo el saco durante algún tiempo; pero después solo contuvo las asas intestinales comprimiendo sobre el anillo desarrollándose el saco hasta adquirir las dimensiones y grosor observados mediante la acción mecánica del aparato sobre el mismo.

Dr. R. VELEZ LOPEZ.

TRATAMIENTO DE LA ECTOPIA VESICAL.

Makkas dice que la operación que se practica más comunmente en estos casos es la de Maydl, que consiste en el trasplantamiento de los ureteres en el colon, pero que su mortalidad es subida, las fístulas no son raras, la continencia urinaria deficiente y el peligro de infección ascendente del riñón una constante amenaza.

Varias modificaciones se han ideado con el objeto de evitar dichos peligros é inconvenientes, y Makkas concibió la posibilidad de utilizar el ciego previamente aislado del resto del canal intestinal, como vejiga urinaria aprovechando al mismo tiempo el apéndice como canal uretral. Mientras él esperaba una ocasión propicia para llevar á la práctica su idea, Verhoogen se le anticipó practicando la operación en una enferma cuya vejiga carcinomatosa fué necesario extirpar; habiendo fallecido el paciente. Poco después, Mayo de 1910, Makkas hizo por primera vez su operación en una niña de 12 años que presentaba ectopia vexical, atresia de la vagina, el ano situado algo más anterior que lo normal, y con un esfincter muy debil. La técnica operatoria fué la siguiente: Se hizo una incisión de 12 cm. en el recto derecho, se aisló por completo el ciego cerrando sus extremos divididos y desplazándolo fácilmente hacia la línea media del abdómen donde se le fijó. Los extremos divididos del colon y del ileum fueron oclui-

dos y una anastomosis lateral practicada. El apéndice que medía unos 7 cm. fué pasado á través de la pared abdominal por medio de una pequeña incisión hecha á corta distancia del ángulo inferior de la herida operatoria, abrióse su extremidad cerrada, y suturóse su mucosa á la piel. Clausurándose la incisión principal con tres hileras de suturas. Del décimo día en adelante se irrigó el ciego á través del apéndice por medio de un cateter de Nelaton limpiándole de este modo de la mucosidad que naturalmente segregaba. El 18 de Junio de 1910 se practicó una operación secundaria como sigue: Rodeose la vejiga ectópica con una incisión, separándola de su lecho, se aislaron los ureteres de 4 á 5 cm. incluyendo tanto como fué posible del tejido periureteral para asegurar la nutrición de éstas. Volvióse á laparotomizar la paciente, esta vez por la línea media, encontrándose el ciego en dicha linea y adherido á la pared abdominal anterior. Abriose el ciego cerca de su polo inferior, implantándose en dicha apertura con dos líneas de suturas un pedazo de pared vexical como del tamaño de un dollar y que contenía los orificios de los ureteres. Se cerró la incisión abdominal dejando un pequeño drenaje en su ángulo inferior. Un cateter de Nelaton fué colocado en la nueva vejiga y uretra, cicatrizando las incisiones por primera intención y sin complicaciones de ningún género. La orina comenzó á brotar libremente por el cateter é irrigose la vejiga varias veces al día. A los ocho días de practicada la operación secundaria, obturóse el cateter por medio de un mecanismo apropiado y se vació la vejiga cada dos ó tres horas. Tres semanas después se encontraba la enferma levantada, sin fiebre y en franca convalescencia, si bien aún continuaba llevando el cateter sin el auxilio del cual no poda evacuar la orina, lo que había de hacérsele cada 3 ó 4 horas durante el día, siendo innecesario durante la noche, pues la capacidad vexical había aumentado á 350 c.c. y la cantidad total de orina diaria rea solo de 1000 á 1200 c.c. conteniendo ésta cierta cantidad de mucosidad.

Traducido del Capítulo "Progreso de la Ciencia Médica" del American Journal of the Medical Sciences

Por el Dr. JOSE S. BELAVAL.

EHRLICH--HATA. 606.

Terapia sterilisans magna.

DIAMIDOARSENOBENZOL.

Antes de haber descubierto su famosa fórmula "**606**" el Dr. Pablo Ehrlich, había adquirido ya justa fama por la observación del fenómeno que lleva su nombre—"fenómeno Ehrlich"—y que consiste en haber averiguado que las fracciones de las antitoxinas que están en contacto con las toxinas son, contra lo que parece natural, las que adquieren un poder inmunizador más eficaz.

Su fama es universal entre los hombres de ciencia: el año pasado compartió con el doctor Metchnikoff, del Instituto Pasteur, el premio Nobel, y á la verdad que pocas veces fué un premio de tal cuantía, mejor otorgado.

¿Cómo descubrieron los doctores Ehrlich y Hata el maravilloso específico? A fuerza de estudio, de paciencia y de esfuerzos supremos. Entre la gente de laboratorio, se sabía desde hace muchos años que Ehrlich trabajaba con verdadero empeño, que estudiaba sin descanso, que probaba y volvía á probar sin desfallecimientos cobardes, que estaba empeñado en una empresa importantísima, puesto que en muchas ocasiones había dicho que hasta terminar lo que absorbía su atención, no podía contestar á las consultas que se le hacían, ni ocuparse en los trabajos con que se le brindaba.

Hay en Francfort dos sifiliógrafos de gran cientela, fama y dinero adquirido tratando enfermos á millares. ¿Quién dijera á los atacados que en la propia ciudad había un hombre, cuyo nombre desconocían, que trabajaba sin descanso para acabar con los estragos de la sífilis? pues.... el milagro se ha realizado. La larga, laboriosa y meritísima obra del doctor Ehrlich ha sido coronada por el éxito más lisongero que cabía esperar.

El éxito, que aumenta de día en día, que inmortaliza el nombre de Pablo Ehrlich, es de aquellos que la humanidad celebra, porque significa una victoria de la inteligencia humana sobre las obscuras fuerzas que desde las corrientes sanguíneas, desde los obscuros rincones donde se reproducen por millones, destruyen el organismo humano y envenenan generaciones enteras, haciendo abortar generosas iniciativas y nobles empresas.

El "606," esos tres números que la casualidad ha hecho ya célebres, esa fórmula que tiene el nombre de una cifra, son una

esperanza de redención para la humanidad entera, y el nombre de los que la han descubierto merece ser exaltado como el de los grandes benefactores de la especie humana.

Con tenerla inmensa, reviste mucha menor trascendencia el descubrimiento de Jenner que el de Ehrlich, porque la viruela mata ó causa estragos, pero no envenena la sangre de las generaciones sucesivas, y su virus no persiste en la economía durante años y años destruyendo—como lo hace la sífilis—las fuentes mismas de la vida.

Si el tiempo confirma y robustece los resultados que ya ahora pueden comprobarse, si el "606" evita la "recidiva" y á la vez se convierte en un "agente profiláctico", dentro de pocos años la fatídica palabra "Sífilis" y la horrible enfermedad que designa no serán más que un recuerdo, algo así como la memoria de esas calamidades que en otro tiempo afligieron á la humanidad y que han desaparecido para no volver.

El "606" lleva tal nombre porque tal número es el de orden de las preparaciones antes ensayadas en el Instituto Microbiológico de Francfort. Seiscientas cinco preparaciones ensayadas anteriormente no habían dado buen resultado á los profesores y éstos probaron la "606", y hubiesen probado hasta donde alcanzaran sus fuerzas, hasta lograr el fin apetecido.

No se debe, pues, al azar ni al empirismo, el descubrimiento de la ya famosa fórmula, sino á una labor perseverante durante años sin descorazonamientos.

Los inventores sabían que algunos preparados arsenicales producían buenos efectos contra la Sífilis.

Sabían también que el "atoxil", otro preparado arsenical, era eficaz contra la "tripanosomasis"—enfermedad del sueño—engendrada por "tripanosoma" que es un "spirilum" afin al "espiroqueta pálido" que produce la Sífilis.

Comprendiendo que sólo una preparación arsenical podría combatir con buen éxito los tremendos efectos del terrible mal, estudiaron sin descanso hasta dar con la fórmula que por fin han encontrado.

Esta "espiroqueta" ó "espironema" pálido, es el agente específico de la enfermedad y fué descubierto en 1905 por Schaudrin, y que se encuentra en todas las lesiones sifilíticas y existe en estado permanente en el "líquido raquídeo" de todos los atacados y que se constata por la también moderna reacción de Wasserman que pudiera considerarse como "el precursor," el "Bautista" del invento Ehrlich-Hata.

Poco más de cinco meses hace que algunas revistas científicas alemanas hablaron por primera vez del "606", enumerando los resultados admirables á juicio de reputados profesores en la curación de la Sífilis, rapidez de sus efectos y seguridad absoluta de los mismos en todos los casos.

Al propio tiempo el profesor Ehrlich enviaba tubos de su preparación á muchos médicos de Alemania y del extrangero, rogándoles que emplearan el "606" y se sirvieran darle cuenta del resultado obtenido en diferentes enfermos.

El clínico que por primera vez empleó el nuevo específico fué un alienista alemán, el doctor Alt, quien obtuvo curaciones que parecían milagrosas, los demás médicos que hicieron uso del 606 observaron con admiración y pasmo iguales efectos.

Lo admirable del nuevo remedio consiste en que "basta una sola inyección para que desaparezcan las manifestaciones de la enfermedad."

Por regla general, y siempre que no se trate de casos excesivamente graves (como en la parálisis general cuando la destrucción del tejido nervioso es muy avanzada y la decorticación es muy acentuada) la curación completa se obtiene en seis días.—Chancros, papulas, placas de las mucosas, sarcocele, iritis, etc., desaparecen sin dejar rastro.—En la misma sífilis cerebral la curación se observa antes de la quinta semana, en la que la reacción de Wasserman no acusa ya la presencia de la "espiroqueta" de Schaudim.

Para comprender la bondad del nuevo tratamiento basta recordar que por medio del tratamiento antiguo—mercurio, yoduro, atoxil—las úlceras malignas resistían seis meses y á veces siempre, pues era imposible cauterizarlas. Con el "606" las más rebeldes ceden á las dos semanas.

Los dos inventores no han tratado de lucrarse: desde el primer día han explicado los componentes del específico, han detallado las precauciones que deben adoptar los médicos para que el medicamento se inyecte en buenas condiciones tanto intra-muscular como endo-venoso y dando toda suerte de detalles acerca de la preparación y su empleo, habiéndose enviado los tubos gratuitamente. Téngase, pues, en cuenta que todo cuanto se dice del "606" no es efecto de un hábil reclamo; el inventor no ha guardado el secreto de su fórmula ni el de su preparación; todo lo que se dice en favor de ese remedio es en interés de la humanidad, para que los enfermos no lo miren con recelo, á fin de que los médicos no vacilen en servirse de él, para conseguir que

la tremenda enfermedad retroceda lo más pronto posible y haga menos víctimas ó ninguna. ¡Una sola inyección de 60 centígr. es suficiente para acabar con las manifestaciones de la enfermedad!

A la hora de ahora el "606" ha sido ensayado por médicos de todas las naciones: el profesor Ehrlich ha entregado tubos de su específico á hombres de fama universal y que no pueden tener otro interés que el de hacer triunfar la verdad, quienes están contestes en declarar que han empleado el "606" y que es superior sin punto de comparación posible á los remedios antiguos.

El Director del Departamento de Sanidad, Caridad y Correcciones, Don Juan Vías Ochoteco, hombre progresista, ha solicitado de Ehrlich el envío de su específico para ensayarlo en el Manicomio de San Juan. El ilustre profesor ha contestado anunciando su próximo envío, cuya preparación se hará por el Médico bacteriólogo del Departamento Dr. G. Martínez y los doctores Curbelo y Font y Guillot y la aplicación y ensayo se hará, como queda dicho, en el Asilo de alienados.

A continuación insertamos las opiniones de las celebridades médicas de los principales paises, comenzando como es de rigor por la del:—

Doctor Metchnikoff.—"El "606" es un remedio admirable y que cura en las condiciones más favorables que haya presentado jamás, hasta ahora, un remedio contra la sífilis.

"No puedo decir más para expresar mi fé en la nueva fórmula." El "606" no engendra ningún desorden secundario como el mercurio, apenas se nota una ligera elevación de temperatura, cosa que sucede siempre que se provoca una reacción profunda en el organismo. Todo el daño que causa se limita á una sensación dolorosa en el punto del micro-trauma, dolor que desaparece al cabo de un día ó de dos á lo sumo. La eliminación del medicamento es rápida, sencilla, y no provoca ninguna complicación renal."

"Esto constituye una gran superioridad para el nuevo remedio. Por otra parte, hay que considerar que aún estamos en el periodo de prueba de la aplicación del "606" y que, por lo mismo, las dosis son susceptibles de modificación.

"¿Quiere esto decir que el "606" ha de emplearse á tontas y á locas? No.

"Si se trata de un individuo sifilítco que no presente ninguna manifestación exterior, no se debe emplear el "606" sin antes hacer el diagnóstico por medio de la reacción Wasserman.

"Si el resultado es positivo, se puede proceder con toda seguridad y si negativo es innecesario el remedio.

"En síntesis, en la actualidad la preparación número "606" constituye lo mejor que se ha encontrado para la curación de la sífilis."

Doctor Salmon, (del Instituto Pasteur).—"Un periódico, "Le Matin", nos pide que expongamos nuestra impresión acerca del "606'. Apenas recibimos tubos de esa preparación amablemente enviados por el Dr. Ehrlich, la ensayé en 75 enfermos, y es preciso al ver los resultados exclamar, como los primeros que lo ensayaron: "Es maravilloso." He ahí papulas rojas, sangrientas; veinte y cuatro horas después de la inyección se las vé cambiar de color, obscurecerse, esfumarse, y cuatro días después desaparecer casi sin dejar huellas. ¿Hay quien pueda negar tal hecho? No. Lo propio ocurre con las úlceras primarías, secundarias y terciarias, estas últimas se transforman con una pasmosa rapidez rayana en lo inverosímil. Los médicos que han acudido á la clínica de mi amigo Luis Fournier han reconocido la eficacia del nuevo remedio. Entre los casos más notables citaré el siguiente, que ha producido asombro entre mis colegas. Un jóven de 23 años padecía una hemiplegia derecha, veinte y cuatro horas después la pupila que no reaccionaba á la acción de la luz readquirió su normalidad y la lengua y las piernas se mueven sin esfuerzo.

"En el extranjero, donde se han observado casos parecidos, aparecen escritos italianos, belgas, rusos, ingleses y españoles (últimas experiencias en el hospital militar de Carabanchel practicadas por el Médico Mayor Dr. Baudelap) confirmando la eficacia del soberano remedio.

"Y en el Congreso de Dusseldorf, fueron aclamados Ehrlich y su método después de leer más de cinco mil casos tratados con éxito colosal por la fórmula "606."

"¿Y el antiguo hidrargirio? se dirá. El mercurio cura bien; pero el "606" le es muy superior. Además tiene una ventaja enormísima sobre su antecesor: la rapidez. Cicatriza en algunos das, lo que el mercurio cicatrizaba en semanas ó meses Las sifilides malignas rebeldes al mercurio, ceden ante la sal de arsénico.

"Señaló también la eficacia preventiva. En nuestros monos inoculados de virus sifilítico, una debil dosis de arsenobenzol ha cortado la infección. Desde el punto de vista práctico lo que asegura la supremacia del "606" es que esta sustancia tan destructiva para el virus, no es nociva para las células del organismo hu-

mano. He tratado 97 enfermos sin que el organismo de ninguno de ellos se haya resentido lo más mnimo del empleo del específico.

"Algunos médicos han hecho una objeción. "Curáis momentáneamente, es verdad; pero no podéis predecir el porvenir del sifilítico; hasta de aquí á muchos años no podréis saber exactamente el valor del medicamento de Ehrlich." El cree, basándose en ciertos hechos, por ejemplo, en la curación definitiva de los monos, que perfeccionando el tratamiento, y por inyecciones intravenosas, se destruirán todos los parásitos y es esterilizará por completo el organismo humano infectado. Sin embargo, no se oculta al sabio alemán lo difícil de la tarea, pues los "espirilos se vacunan" contra los medicamentos y contra las materias que fabrica el organismo para destruirlos, y así se llega á crear una raza de espirilos resistentes."

"El "606" no significa tan solo un progreso en el tratamiento, sino también en la profilaxis. Algunos días después de la inyección salen del hospital con sus lesiones cicatrizadas. Resulta de ello una economía de dietas para la asistencia pública y una economía de enfermos. En efecto; si se suprimen las placas mucosas, accidentes contagiosos, se suprime al propio tiempo el peligro de la contaminación, yla sífilis irá desapareciendo.

Doctor Duhot.—"Ese admirable descubrimento, dice el famoso doctor belga, constituye ciertamente un específico de la sífilis, superior á cuantos conocemos. Creo desde ahora que el 606 hace abortar la sífilis, y dentro de poco publicaré el resultado de una serie de casos que harán que mi opinión convenza á los más incrédulos.

"En los casos de sífilis ulcerante y maligna la acción del 606 es tan rápida y tan clara que después de una sola inyección desaparecen esas manifestaciones que resistían al antiguo tratamiento. Y esto lo afirmo categóricamente por ser fiel expresión de la verdad. Decir desde ahora que se obtiene una curación completa con una sola inyección es aventurado. Pero dentro de un año, gracias al suero para dignóstico, se habrá resuelto la incógnita.

"¿Expone el nuevo método á peligros ó á efectos secundarios nocivos? Según el Dr. Alt, solo cabe señalar algunas lesiones renales en contadísimos casos. Hasta ahora no se ha presentado ningún caso de perturbación ocular. Entre 2,100 casos tratados por el "606" solo se registra un caso de choque.

"Todos los médicos que han empleado el nuevo medicamento, dicen como yo que tiene una eficacia excepcional é innegable."

Opinión del Dr. A. L. Welbarst, Profesor de la New York School of Clinical Medicine, publicada en la Revista Médico-Quirúrgica de la Habana—dirigida por el Dr. J. Santos Suarez.

"Durante algunas semanas tuve la oportunidad de observar de cerca los trabajos sobre la nueva preparación de Ehrlich-Hata en el propio laboratorio del inventor en Francfort. También puedo decir otro tanto de la mayoría de la clínicas de Berlín, en donde se han tratado y registrado ya más de cuatro mil casos.

Parece ser aún temprano para hacer afirmaciones concluyentes sobre el valor de esta droga en la sífilis y en los estados parasifilíticos; pero no puede haber dudas en vista de los resultados obtenidos que se ha dado un gran paso de avance.

Los trabajos principales se realizan actualmente por Nechselmern, en el Hospital Rudolph Virchow de Berlín, quien ha tratado ya más de 900 casos, cuya técnica (que en el próximo número de la Revista Médica se publicará) es la que se sigue preferentemente en Europa; pero hay otros dos métodos que aumentan diariamente en popularidad, los de Alt y Kromayer.

He aplicado 35 inyecciones y los resultados pueden ser tabulados así:

Dosis:—Varío de 0.40 á 0.60 y en algunos casos hasta 0.8 y aún 1 gramo; pero la tendencia general es favorable á 0.60 como la dosis más segura y efectiva para hombres de peso y tamaño normal. En mujeres la dosis es de 0.50 y en niños 0.025.

Lugar de la inyección.—Puede ser intravenosa ó intramuscular; el lugar de la última es en los músculos de la espalda ó en la región glútea.

Método de la inyección.—La solución se prepara fresca con el mayor cuidado, en el momento de la inyección, desinfectando la región con yodo ó con eter y alcohol; después de la inyección se extrae rápidamente la aguja y se hace un ligero masaje sobre el area inyectada, se aplica el yodo nuevamente y se cubre con gaza esterilizada sujeta por medio de una tirilla de esparadrapo. Kromayer divide la dosis é inyecta la mitad en cada nalga, pues cree que de este modo hay menos infiltración y es menor el peligro de que se forme un absceso.

Efectos:—En la inmensa mayoría de los casos la inyección es absolutamente indolora. La inyección de parafina usada por Kromayer y Lesses, no es dolorosa. Un número moderado de los pacientes experimentan algún aumento en la temperatura, alcanzando hasta 102 grados F.

En los estados parasifilíticos y en las lesiones sifilíticas de los

nervios el preparado ha sido empleado con resultados bastante satisfactorios. En la reunión anual de los médicos y naturalistas alemanes, celebrada recientemente en Koenigsberg, adonde tuve el honor de acompañar al profesor Ehrlich, oí al Dr. Alt expresarse en los siguientes términos respecto al "606": "Para los neurólogos y psiquiatras la parte más importante del "606" se basa en la casi certidumbre de tener un profiláctico efectivo contra las más serias enfermedades de los nervios y de la mente; esto es, la ataxia locomotriz y la parálisis general."

Mis observciones me conducen á esta conclusión general: el "606" ejerce una influencia maravillosa en la mayoría de casos; en algunos los efectos no son tan sorprenedntes sin dejar de ser buenos; en rarísimos casos el resultado es negativo. Podemos decir, sin quivocarnos, que el "606" es el remedo más potente y efectivo que la ciencia ha producido para el tratamiento de la sífilis."

Doctor Beckett.—Conocido en el mundo científico por sus trabajos para combatir el cáncer, contra el que emplea los hipocloritos el médico de Londres, ha ensayado en su clínica los efectos del "606", exponiendo su parecer en el "Daily Telegraph":

"Si no conociera la alta competencia científica del profesor Ehrlich, creería que el "606" es producto de un dichoso azar: tan rápidos y seguros son sus efectos. Estamos tan acostumbrados á oir alabar específicos que luego resultan sin valor alguno, que, lo confieso, no tuve al principio una fé muy grande en el "Hata". Los hechos me han hecho cambiar de opinión.

"Traté á quince enfermos que presentaban manifestaciones terciarias y ví con asombro que al cabo de cinco días su estado general había mejorado de tal modo, que se les podía considerar como curados. Doce días después estaban buenos del todo y las manifestaciones más rebeldes habían desaparecido. Ensayé en todos ellos la reacción de Wassermann y en ninguno fué positiva la espiroqueta. Conocedor desde antiguo del poder de las sales de arsénico sobre los microbios de distintas clases, tengo para mí que la curación es completa y que no hay que temer recidivas. Esta es una opinión puramente personal que el tiempo cuidará de aquilatar."

Doctor Galachín.—El insigne práctico de Moscou ha dicho del "606":—"Lo empleé primeramente en dos enfermos que ofrecían pocas esperanzas de curación por los métodos antiguos. Al ver los resultados obtenidos y convencido de que el remedio se eliminaba pronto y bien, sin engendrar ningún desorden en el or-

ganismo, ensayé el "606" en otros enfermos y los resultados fueron tan buenos y tan completos como en los primeros casos. En mi concepto los doctores Ehrlich y Hata han hecho á la humanidad un beneficio tan grande como lo hará algún día el que consiga imponer la idea de la paz universal, porque los buenos resultados del "606" implican la desaparición de la sífilis, enfermedad más horrible que todas las guerras."

Doctor Parmaroli, de Milán.—Trató varios casos poco menos que desesperados; el mercurio, el yoduro y el atoxil fueron impotentes; él recurrió al "606", pero no en vano, la curación requirió veinte días en unos y alrededor de 30 en otros, pero se logró.

Una polémica.—Un médico francés publicó en un diario de París un artículo titulado: "606-0". La impresión en el público fué mucho menor de lo que esperaba el clínico francés. Es que negar los hechos es mucho más fácil que combatir teorías. En su artículo confiesa que el "606" no es más que un específico mejor que los conocidos. Pues eso mismo han dicho los otros médicos. Dice que la sífilis es una enfermedad incurable y que no hay prueba alguna que demuestre que el "606" la cure. El mismo inventor no ha asegurado que su específico cure por completo, pues dice que es necesario que pase tiempo para saber á ciencia cierta si se trata de una curación definitiva.

¿A qué, pues, decir "606-0", si desde luego confiesa el médico francés que el "606" posee un poder curativo superior al mercurio y al atoxil?

Para sembrar la desconfianza recuerda el fracaso de la tuberculina del Dr. Koch: ciertamente. Pero la tuberculina no había curado miles de enfermos. El doctor Koch creyó que curaría los tuberculosos y cometió la imprudencia de decirlo. Ahora varía el caso. El profesor Ehrlich no dice que su remedio sea infalible, no promete maravillas, pero envía la droga á sus colegas para que la ensayen, y la droga cura. Y desde el momento que cura no puede decirse "606-0."

El profesor Ehrlich ha hablado con redactores de algunos periódicos franceses acerca de los ataques del doctor francés y ha dicho poco más ó menos:

"He recomendado siempre la prudencia, he rogado á mis compañeros que expresaran el resultado final de sus observaciones antes de decidir acerca de la eficacia del nuevo método. Jamás afirmé haber obtenido una curación definitiva; pero algo cierto hay, y es que las alteraciones lueticas desaparecen rápidamen-

te después de la inyección. Prometer á la hora de ahora una curación completa sin recidiva, eso es imposible. Es necesario esperar. Pero tengo la firme esperanza de que por medio de una sola inyección á dosis bastante alta "lograré curar definitivamente" á algunos enfermos."

El Dr. Ehrlich enseñó al corresponsal de "Le Journall" una carta del profesor Pick, de Viena, en la que hay este párrafo:

"La preparación Ehrlich posee un efetco específico que no se ha conocido jamás en la terapéutica de la sífilis. En efecto, se manifiesta con una rapidez maravilosa. En los casos de goma que aparecen en el periodo terciario, los efectos recuerdan los de las sales de quinina en las fiebres intermitentes. Gracias á la preparación "606" la sífilis puede darse por vencida."

El Dr. Mario Truffi, de París, dice:

"Creo que no es posible asegurar desde ahora que por medio del "606" se llegue á la esterilización completa de un organismo infectado; pero no se sabe ni se puede negar, que se llegará al punto deseado. Desde ahora se puede afirmar que los estudios del profesor Ehrlich han proporcionado á la Farmacología un remedio de acción poderosa, cuyo descubrimiento está destinado á señalar una gloriosa etapa histórica en la titánica lucha que desde hace siglos se sostiene contra la terrible enfermedad.

Todas estas manifestaciones demuestran que el juicio que ha merecido el "606" á los médicos más distinguidos y á los profesores más eminentes es unánime y favorable. Lo propio sucede en el campo de la prensa profesional y de la prensa no profesional.

No es un secreto para nadie como tampoco es un objeto de especulación.

Técnica.—**Dioxydianidoarsenobenzol** es un polvo amarillo que debe llamarse con más propiedad diclorydrato de dioxydianido arseno benzol, una sal ácida que se coloca en tubos y cuya preparación antes de usarse debe convertirse en una sal sódica, alcalina por lo tanto, que la hará indolora.

La técnica para la preparación de la droga para la inyección difiere en los varios experimentadores.

I.—Alt prepara la solución de la manera siguiente: coloca en un vaso graduado de capacidad de 50 c.c. una dosis al 0.3 grm. de "606" y se añaden 10 c.c. de agua esterilizada. Se agita la mezcla fuertemente y se agrega una estéril y normal solución de sosa cáustica hasta que quede solamente una pequeña cantidad de la sustancia indisoluta; casi siempre se necesita para esto de 2 á 2.5 c.c. de la sosa cáustica.

II.—Procedimiento de Herxheimer.—La dosis media, 10.5 gm., se usa con mucho cuidado después de pulverizada en un mortero, añadiendo 0.3 c.c. de una solución de sosa cáustica á 20|00. Se continúa la trituración y finalmente se añaden poco á poco 10 c.c. de agua esterilizada. Inmediatamente se inyecta el fluido resultante á fin de evitar una especie de coagulación que suele ocurrir.

III.—Blaschko también emplea una solución al 20|00 de sosa cáustica de la cual él añade 0. 09 gr. por decígramo del polvo; esto es, 0.36 c.c. de la solución de sosa cáustica al 20|00 para una dosis de 0.5 grm. del "606". Se tritura bien el polvo y finalmente se agregan de 5 á 6 c.c. de agua hervida y bien caliente.

(Continuará).

Por la síntesis,

Dr. ELISEO FONT Y GUILLOT.

Principios Generales de Etica Médica.

PREFACIO

En la reunión anual de la Asociación Médica Americana llevada á efecto en New Orleans, la Cámara de Delegados adoptó por unanimidad en Mayo 7, 1903, los "Principios Generales de Ética Médica" recomendados por su Comité, y ordenó que el siguiente extracto de lo informado por el Comité Especíal de Revisión del Código de Ética Médica fuese impreso como prefacio explicatorio á estos principios generales de ética.

El título "Principios de Ética Médica" ha sido utilizado en lugar de "Código de Ética Médica" en vista de que la Asociación Médica Americana tiene que actuar en armonía con las asociaciones médicas constituidas en los diferentes estados y análogas á la Asociación Médica Americana. El Comité ha creido prudente formular principios de ética médica y no un Código Penal sobre faltas de ética, dejando á discreción de las diferentes Sociedades de Estados y Territorios el formular las reglas que estimen apropiadas sobre penas por la mala conducta profesional de sus miembros, teniendo en cuenta que no deben infringirse los "Principios de Ética ya establecidos por la Asociación.

La Asociación Médica Americana promulga como documento que aconseja y sugiere, el siguiente Reglamento:

CAPITULO I.

OBLIGACIONES DEL MÉDICO HACIA SUS CLIENTES.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO

Sección 1.—El médico debe no solamente atender pronto á la llamada de los enfermos y heridos, sino también tener presente el carácter de la alta misión y de la responsabilidad en que incurre en el desempeño de sus importantes deberes.

En el desempeño de su ministerio no debe nunca olvidar que de su habilidad, atención y fidelidad responden el bienestar, la salud y la vida de las personas confiadas á su cuidado.

A su buena conducta debe unir ternura, alegría y firmeza y así inspirar al paciente gratitud, respeto y confianza.

La observancia de estas reglas es cosa sagrada por ser la propia conciencia el único tribunal que castiga faltas ocasionadas por desafecto, descuido ó negligencia.

SOBRE LA NECESIDAD DE SER CARITATIVO, DELICADO Y DISCRETO.

Sección 2.—Todo paciente que se encuentre bajo nuestro tratamiento debe ser tratado con atención y caridad. Debe concederse cierta tolerancia á los caprichos del enfermo. Debe observarse extrictamente delicadeza y reserva, y los secretos y cosas confidenciales de las cuales el médico se entera en el curso de un tratamiento deben guardarse con la mayor escrupulosidad, fidelidad y honor.

INVIOLABILIDAD DEL SECRETO PROFESIONAL.

Sección 3.—El secreto profesional debe guardarse más allá del periodo de asistencia. Ninguna de las cosas íntimas del individuo ó de su vida doméstica, cualquier deformidad ó debilidad de caracter observada durante la asistencia médica no deberá ser divulgada á no ser por orden imperativa de las leyes del Estado.

La obligación del secreto es tan grande que algunos médicos han sido protegidos en su observancia por las Cortes de Justicia.

FRECUENCIA DE VISITAS MÉDICAS

Sección 4.—Las visitas frecuentes á los enfermos son muchas

veces necesarias puesto que ponen al médico en condiciones de llegar á un conocimiento más perfecto de la enfermedad y observar inmediatamente cualquier cambio que ocurra. Las visitas innecesarias deben evitarse porque causan al paciente un gran estado de ansiedad; pero para asegurar al paciente contra intranquilidad y disgusto, las visitas regulares y periódicas del médico deben hacerse siempre que se pueda, y en los momentos en que ya el paciente tenga motivos para esperarla.

HONRADEZ Y CORDURA EN EL PRONÓSTICO.

Sección 5.—Ordinariamente los médicos no deben adelantarse á hacer tristes pronósticos; pero cuando sea preciso, deben dar á los amigos del paciente y aún al mismo paciente si fuera absolutamente necesario, oportuna noticia de toda manifestación peligrosa. Estas noticias, sin embargo, son á veces tan alarmantes cuando las dá el médico, que deben encargarse con preferencia á alguna persona de buen juicio para que las transmita.

INFUNDIR ÁNIMO Á LOS PACIENTES.

Sección 6.—El médico debe ser un ministro de esperanza y alivio para el enfermo, puesto que, la vida puede ser no solo alargada ó acortada por los actos sino por las palabras y maneras del médico, cuyo solemne deber es evitar toda expresión ó acción que tienda á desalentar ó á deprimir al paciente.

NO DEBEN DESPRECIARSE LOS CASOS INCURABLES.

Sección 7.—El médico no debe abandonar á un paciente por que crea que es incurable, puesto que la atención contínua puede ser altamente útil para el enfermo y de gran consuelo para los parientes aún en el último periodo de la enfermedad fatal, ya aliviando los dolores, ya aminorando la angustia mental.

CONSEJOS JUICIOSOS Á LOS PACIENTES.

Sección 8.—El médico no debe dejar pasar ninguna oportunidad que se le presente de promover y reforzar las buenas resoluciones del paciente que sufre por las consecuencias de su mala conducta. Los buenos consejos y aún las amonestaciones producirán satisfacción y no se tomarán como ofensas, si se expresan con tacto é indican un genuino amor á la virtud acompañada por

un interés sincero por el bienestar de la persona á la cual se dirigen.

CAPITULO II.

DEBERES DE LOS MÉDICOS PARA CON SUS COMPAÑEROS Y PARA CON LA PROFESIÓN EN GENERAL.

Artículo primero.—Deberes para sostener el carácter profesional. Obligaciones de mantener el honor de la profesión.

Sección 1.—Toda persona, al ingresar en la profesión y tener por lo tanto derecho al compañerismo profesional, incurre en la obligación de mantener muy altos su dignidad y honor, aumentar su crédito y extender los límites de su utilidad. Repugna á los principios de la ciencia médica y es incompatible con la honorabilidad profesional el fundar un médico su práctica en un dogma exclusivo ó en un sistema sectario de medicina.

OBSERVANCIA DE LAS REGLAS PROFESIONALES.

Sección 2.—El médico debe observar extrictamente las leyes instituidas para gobierno de los médicos de la profesión; debe tributar honor á la fraternidad médica; debe tratar de promover el adelanto de la ciencia y el arte de la medicina y debe tributar respeto á aquellos médicos de experiencia que por sus trabajos han contribuido al progreso de la medicina.

DEBER DE INGRESAR EN UNA ASOCIACIÓN MÉDICA.

Sección 3.—El médico debe identificarse con el cuerpo organizado de su profesión, tal y como existe en la comunidad en que él reside. La organización de sociedades médicas ó departamentales donde quiera que no existan debe llevarse á cabo tan pronto como sea posible. Estas sociedades departamentales que constituyen el más importante elemento de fuerza en la organización de la profesión, deben recibir la activa protección de sus miembros, y ser convertidas en instrumentos para conservar el compañerismo, para el cambio de experiencia profesional, para el progreso y conocimientos médicos, para el sostenimiento de las leyes de la ética y para la promoción en general de los intereses de la profesión y el bienestar del público.

LAS SOCIEDADES DEPARTAMENTALES DEBEN AFILIARSE Á

OTRAS ORGANIZACIONES SUPERIORES.

Sección 4.—Todas las sociedades médicas departamentales organizadas de ese modo deben afiliarse á sus respectivas asociaciones de Estado y éstas á su vez á la Asociación Médica Americana.

PUREZA DE CARACTER Y MORALIDAD.

Sección 5.—No hay profesión que requiera de sus miembros mayor pureza de carácter y más excelencia moral que la médica; y llegar á tal altura moral es un deber del médico para con la profesión y los pacientes. Para con estos, porque de otro modo no se puede conseguir su respeto y confianza; para con la profesión, porque ningún caudal de conocimientos científicos puede servir de compensación á la falta de principios correctos.

TEMPERANCIA EN TODO.

Sección 6.—Es deber de los médicos el ser temperantes en todos los órdenes, porque la práctica de la medicina requiere el ejercicio de una clara y vigorosa inteligencia. En los casos de emergencia para los cuales todos los médicos deben estar siempre preparados, una mano firme, una vista aguda, y una inteligencia clara son esenciales para conseguir el alivio y aún la vida del ser humano.

NO DEBE VALERSE DE ANUNCIOS.

Sección 7.—Es incompatible con la honorabilidad profesional hacer uso de anuncios públicos ó de tarjetas particulares llamando la atención de personas que sufren determinadas dolencias; prometer curas radicales, publicar casos ú operaciones en la prensa diaria, ó permitir que tales publicaciones se hagan; permitir á las personas (á menos que no sean parientes que quieran estar cerca) hallarse presentes en las operaciones; hacer alardes de curaciones y remedios; traer á colación certificados de habilidad y éxito ó emplear cualquiera de los métodos de los charlatanes.

PATENTES Y MEDICINAS SECRETAS.

Sección 8.—Es igualmente impropio del carácter profesional de los médicos obtener patentes por instrumentos quirúrgicos ó

medicinas; aceptar primas sobre prescripciones ó aparatos quirúrgicos; ayudar á personas que no reunan las condiciones necesarias á infringir las restricciones legales que gobierna la práctica de la medicina; suministrar ó promover el uso de medicinas secretas, porque si tales preparados son de eficacia real, todo secreto que se refiera á ellos está en contradicción con la beneficencia y liberalidad profesionales y si es el misterio solamente lo que le dá pública notoriedad, tal trabajo implica ó desgraciada ignorancia ó fraudulenta avaricia. La conducta de los médicos que dan certificados asegurando la eficacia de medicinas secretas ú otras sustancias usadas terapéuticamente, es altamente reprochable.

ARTICULO II.

SERVICIOS PROFESIONALES DE LOS MÉDICOS PARA CON LOS COMPAÑEROS.

DEPENDENCIA DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ.

Sección 1.—Los médicos no deben como regla general tratarse á sí mismos ni curar á los miembros de su familia. En tales casos dependen unos de otros; por lo tanto los buenos oficios y profesional ayuda deben concederse gustosa y gratuitamente. Estas visitas no deben sin embargo hacerse en circunstancias que impidan ú obstaculicen la libre elección de que tal confianza depende.

SERVICIOS GRATUITOS Á LOS COMPAÑEROS MÉDICOS.

Sección 2.—Todos los médicos en ejercicio y las personas de su familia inmediata, tienen derecho á servicio gratuito de uno ó más de los médicos que vivan cerca de ellos.

COMPENSACIÓN POR GASTOS.

Sección 3.—Cuando un médico tiene que recorrer una larga distancia para venir á asistir á un colega que se halla en buena posición, el paciente ó su familia deben dar á aquél una compensación con el fin de cubrir los gastos de viaje y la pérdida pecuniaria producida por la ausencia del sitio en que realiza su labor profesional.

DIRECCIÓN DE UN SOLO MÉDICO

Sección 4.—Cuando más de un médico esté asistiendo á otro,

uno solo se hará cargo del caso, pues de otra manera no podría conseguirse la armonía de pensamiento y acción tan necesaria para un sabio tratamiento.

ATENCIÓN Á LOS PACIENTES DE UN MÉDICO QUE SE AUSENTA.

Sección 5.—Los asuntos de la vida, el buscar la salud y los distintos accidentes y contingencias á las cuales un médico está algunas veces muy particularmente expuesto, exigen que el médico se retire temporalmente de su trabajo profesional y que nombre un colega que actúe por él durante un tiempo determinado. El debido cumplimiento de este colega es un acto de cortesía que debe siempre llevarse á cabo con la mayor consideración hacia los intereses y carácter del médico de la familia.

ARTICULO III.

DEBERES DE LOS MÉDICOS EN CUANTO Á LAS CONSULTAS.

GRAN CARIDAD EN LAS EMERGENCIAS.

Sección 1.—El médico debe seguir los dictados de la más intensa caridad en todos los lugares y épocas en que sus servicios sean necesarios para en casos de emergencia de enfermedades ó accidentes.

PETICIÓN DE CONSULTAS.

Sección 2.—En todos los casos difíciles debe pedirse consulta, porque ellas contribuyen á dar mayor confianza y á tener mejor concepto del caso.

PUNTUALIDAD EN LAS CONSULTAS.

Sección 3.—La mayor puntualidad debe observarse en las visitas de los médicos cuando tiene que celebrar consultas y esto es practicable generalmente porque la sociedad considera que el argumento de una cita profesional es superior á todos los demás.

RETRASOS NECESARIOS.

Sección 4.—Como los compromisos profesionales pueden algunas veces causar retrasos en la asistencia, el médico que llega primero debe aguardar un tiempo razonable después del cual debe considerarse aplazada la consulta para la próxima citación.

BUENOS SENTIMIENTOS DE SINCERIDAD EN LAS CONSULTAS.

Sección 5.—En las consultas no deben surgir rivalidades, sentimientos de envidia ó doblez; la sinceridad, probidad y debido respeto hacia el médico de cabecera deben siempre observarse.

AFIRMACIONES Ó DISCUSIONES NO AUTORIZADAS.

Sección 6.—No se debe hacer afirmación alguna ni entablar discusión del caso delante del paciente ó los amigos, sino en presencia de todos los médicos que estén asistiendo ó por consentimiento de todos ellos, y no se darán opiniones ó pronósticos que no sean el resultado de una previa deliberación ó acuerdo.

EL MÉDICO DE CABECERA PUEDE VARIAR EL TRATAMIENTO.

Sección 7.—Ninguna decisión debe servir de obstáculo al médico de cabecera para introducir las subsiguientes variaciones en el tratamiento, con arreglo á lo que exija el carácter del caso. Pero en la próxima consulta debe exponer las razones que motivaren dichas variaciones. El mismo privilegio y su obligación anexa corresponden al médico de consulta cuando se le llama para una emergencia durante la ausencia del médico de la familia.

EL MÉDICO DE CABECERA DEBE RECETAR.

Sección 8.—El médico de cabecera puede en cualquier tiempo recetar al paciente; no así el de consulta cuando está solo, salvo un caso de emergencia ó cuando se le llama de una considerable distancia. En el primer caso el consultante debe hacer lo que se necesita y en el segundo no debe hacer más que un exámen del paciente y dejar una opinión escrita bajo sobre cerrado para que se la entreguen al médico de cabecera.

LAS DISCUSIONES EN LAS CONSULTAS SON CONFIDENCIALES.

Sección 9.—Toda discusión en las consultas se considera confidencial. Ninguno de los que tome parte en la consulta debe indicar, ya de palabra, ó ya por su actitud, que alguna parte del tratamiento prescrito no recibió su asentimiento.

CONFLICTO DE OPINIÓN.

Sección 10.—Puede ocurrir que dos médicos no estén de

acuerdo en su manera de considerar la naturaleza de un caso y el tratamiento que debe prescribirse. En caso de que así suceda debe llamarse, si es posible, un tercer médico, y á no mediar una circunstancia muy rara y excepcional, no se justifica que el médico llamado á la consulta se haga cargo del caso. No debe hacerlo fundándose en el deseo solo del paciente ó de los amigos de éste.

EL MÉDICO DE CONSULTA DEBE RESPETAR ESCRUPULOSAMENTE LOS DERECHOS DEL MÉDICO DE CABECERA.

Sección 11.—Un médico que está llamado en consulta debe observar la más honorable y escrupulosa consideración hacia el carácter y prestigio del médico de cabecera, cuya dirección del caso debe ser justificada hasta donde se pueda, de acuerdo con un concienzudo respeto hacia la verdad, y ninguna insinuación ó indicación debe lanzarse que pueda contribuir á que disminuya la confianza depositada en el médico de cabecera.

ARTICULO IV.

DEBERES DE LOS MÉDICOS EN CASOS DE INTERVENCIÓN DE OTROS.

LOS CONOCIMIENTOS SON LA ÚNICA BASE DE LA CLIENTELA.

Sección 1.—Siendo la medicina una profesión liberal, los admitidos en ella deben fundar sus esperanzas de obtener clientela especialmente en el carácter y la extensión de la educación médica que posean.

RELACIONES CON PACIENTES DE OTROS MÉDICOS.

Sección 2.—El médico en sus relacines con un paciente que se halla bajo el cuidado de otro médico, debe observar la más extricta cautela y reserva; no debe dar indicaciones ni emitir censuras con referencia á la naturaleza y al tratamiento de la enfermedad del paciente y no debe tampoco la conducta ó el procedimiento adoptado por el médico tender directa ó indirectamente á disminuir la confianza depositada en el médico de cabecera.

CIRCUNSPENCIÓN EN CUANTO Á LAS VISITAS.

Sección 3.—La misma circunspección debe observarse cuan-

do por motivos de negocios ó amistad un médico es llamado á visitar á un paciente que se halla bajo la dirección de otro médico. Tales visitas deben en verdad evitarse salvo bajo peculiares circunstancias; y cuando se hacen no debe inquirirse nada referente á la naturaleza de la enfermedad ó á los remedios empleados sino que los puntos sobre que gire la conversación deben estar tan alejados del caso como las circunstancias permitan.

DEBER REFERENTE Á LAS LLAMADAS DE PACIENTES ASISTIDOS POR OTROS MÉDICOS.

Sección 4.—Un médico no debe hacerse cargo ni recetar á un paciente que ha estado recientemente tratado por otro médico que le asistía en la misma enfermedad, salvo caso de repentina emergencia, ó en consulta con el primer médico que le asistía, ó cuando el médico ha abandonado el caso, ó ha sido despedido en debida forma.

DEBE EVITARSE LA CRÍTICA.

Sección 5.—Actuando de conformidad con la sección precedente, un médico no debe hacer insinuaciones perjudiciales referentes al procedimiento adoptado y debe en verdad justificarlo en cuanto lo permitan las leyes de la verdad y la honradez; por que á menudo sucede que los enfermos se sienten descontentos cuando no se curan inmediatamente, y como muchas enfermedades son naturalmente de larga duración, la aparente falta de éxito en el primer periodo de tratamiento no representa una evidencia de falta de conocimientos ó habilidad profesionales.

CASOS DE EMERGENCIA.

Sección 6.—Cuando un médico es llamado para un caso urgente porque el médico de la familia no se halla á mano, debe renunciar al cuidado del paciente tan pronto como llegue el médico de la familia, á menos que no se desee que asista á alguna consulta.

DEBERES CUANDO SON LLAMADOS POR OTRO MÉDICO

Sección 7.—Sucede á veces, en casos de repentina enfermedad, ó de accidentes y daños graves, que debido á la alarma y ansiedad de los amigos, varios médicos son llamados á la vez. En

estas circunstancias la cortesía indica que el paciente corresponde al primero que llegue, el cual, si es necesario, puede pedir la ayuda de los presentes. En tales casos, sin embargo, el médico que actúa debe suplicar que se llame al médico de la familia, y retirarse á menos que no se le suplique que continúe asistiendo.

CASOS QUE DEBEN DEJARSE AL MÉDICO CORRESPONDIENTE.

Sección 8.—Siempre que un médico sea llamado para asistir á un paciente de otro médico durante la obligada ausencia de éste, debe abandonar el caso tan pronto como regrese aquél.

ASISTENCIA Y CONSEJOS EN CASOS DE EMERGENCIA.

Sección 9.—Un médico que está visitando á un enfermo en el campo, puede ser llamado á ver un paciente de otro médico por tratarse de una súbita gravedad en la dolencia. En este caso el médico debe prestar á este enfermo toda la ayuda que necesite y retirarse tan pronto como llegue el médico encargado del mismo.

TRABAJOS SUSTITUIDOS EN OBSTETRICIA

Sección 10.—Cuando un médico que ha sido comprometido para asistir un caso obstétrico se ausenta y se manda á buscar otro, llevándose á cabo el alumbramiento bajo la asistencia del médico sustituto, éste tiene derecho al cobro de honorarios profesionales, pero no debe continuar prestando sus servicios á la paciente tan pronto como llegue el primer médico comprometido.

ARTICULO V.

DIFERENCIAS ENTRE MÉDICOS.

ARBITRAJE DE LAS DIFERENCIAS.

Sección 1.—En la profesión médica como en otras, la diversidad de opiniones y la oposición de intereses pueden algunas veces ocasionar controversias y aún disputas. Siempre que tales casos ocurran y no puedan arreglarse inmediatamente, deben ser sometidos al arbitraje de un número de médicos imparciales.

RESERVA EN CUANTO AL PÚBLICO, DE CIERTOS ASUNTOS PROFESIONALES.

Sección 2.—El médico debe mantener para con el público

una reserva peculiar en lo concerniente á ciertos asuntos profesionales y como hay muchos puntos en la ética médica y la etiqueta que ocasiona el que los sentimientos de los médicos puedan ser heridos en sus relaciones de unos para con otros y que no puedan ser comprendidos ni apreciados por el público en general, ni la causa de esta diferencia ni el llamamiento á arbitraje deben hacerse públicos.

ARTICULO VI.

COMPENSACIÓN.—LÍMITE DEL SERVICIO GRATUITO.

Sección 1.—No hay profesión cuyos miembros suministren más servicios gratuitos que la médica, pero la justicia requiere que se ponga límite á esa generosidad. La pobreza, las obligaciones profesionales mútuas y algunos de los deberes públicos mencionados en las secciones 1 y 2 del capítulo III, deben reconocerse siempre como reclamaciones válidas de gratuitos servicios; pero ni á las instituciones dotadas por el público, ó por los ricos, ni las sociedades de socorro mútuo, ni las de aseguros de vida ú otras de fines análogos, ni á ninguna profesión ó agrupación, debe reconocer con derecho á tales privilegios.

PAGO DE CERTIFICACIONES.

Sección 2.—No debe en justicia pretenderse que los médicos den certificados de incapacidad para servir como jurado ó para no cumplir los deberes de la milicia, ó que certifiquen el estado de salud de las personas que desean asegurar sus vidas, obtener pensiones ó cosas análogas sin recibir la debida compensación. Pero á las personas que se hallan en la indigencia deben prestarse estos servicios gratuitos y gustosamente.

HONORARIOS.

Sección 3.—Los médicos de cada pueblo ó distrito deben adoptar reglas generales referentes al pago mínimo que deben recibir de sus pacientes, y debe considerarse como cuestión de honor el cumplir estas reglas con tanta uniformidad como lo permitan las variables circunstancias.

REPROBACIÓN DE LAS COMISIONES.

Sección 4.—Se considera incompatible con el carácter pro-

fesional de los médicos el pagar ú ofrecer pagar comisiones á cualquier persona que le recomiende pacientes que requieran tratamiento general ó especial, ú operaciones quirúrgicas. Es igualmente incompatible con el carácter profesional de los médicos el solicitar ó recibir tales comisiones.

CAPITULO III.

DEBERES DE LA PROFESIÓN PARA CON EL PÚBLICO. DEBERES PARA CON LA HIGIENE PÚBLICA etc.

Sección 1.—Como buenos ciudadanos los médicos deben vigilar cuanto se refiera al bienestar de la comunidad y contribuir á sostener sus leyes, instituciones y cargos; especialmente deben estar dispuestos á cooperar con las autoridades á la administración y observancia de las leyes y reglas sanitarias y deben también estar dispuestos á aconsejar al público con relación á los asuntos que se refieren especialmente á su profesión, así como en asuntos de policía sanitaria, higiene públcia y medicina legal.

DEBERES EN CASO DE EPIDEMIA.

Sección 2.—Es deber de los médicos ilustrar al público en lo que se refiere á reglamentos de cuarentena; situación, arreglo y dietario de los hospitales, asilos, escuelas, prisiones é instituciones semejantes; en lo que se refiere á la prevención de enfermedades epidémicas y contagiosas; y cuando una epidemia se presente, es su deber hacer frente al peligro y continuar sus trabajos para aliviar al pueblo que sufre, aún á riesgo de sus propias vidas.

MÉDICOS COMO TESTIGOS

Sección 3.—Cuando los médicos son llamados por las autoridades legalmenete constituidas, deben siempre estar dispuestos á ilustrar á las cortes de justicia sobre asuntos extrictamente médicos, tales como los referentes á sanidad, legitimidad, asesinatos por medio de venenos ú otros medios violentos y otros varios asuntos comprendidos en la ciencia de la medicina legal. Es justo, sin embargo, que se les abone la debida compensación por sus servicios.

CONSEJOS AL PÚBLICO SOBRE LOS CHARLATANES.

Sección 4.—Es deber de los médicos que á menudo son testi-

gos de los grandes errores cometidos por los charlatanes y del daño á la salud y aún destrucción de vidas causados por el uso de las prescripciones de éstos, ilustrar al público sobre estos asuntos y dar á conocer los daños sufridos por los incautos por causa de los procedimientos y pretensiones de los mañosos impostores.

RELACIONES CON LOS FARMACÉUTICOS.

Sección 5.—Es deber de los médicos reconocer y dispensar protección á la profesión de Farmacia, de cuya habilidad y competencia depende la confianza que merezcan los remedios; pero á ningún farmacéutico que, aunque educado en su propia profesión no es médico, y que trata de recetar á los enfermos, no debe recibir tal ayuda y protección. Todo droguista ó farmacéutico que despache drogas deterioradas ó falsificadas ó que sustituya un remedio designado en una prescripción por otro, debe desde luego dejar de merecer los beneficios del reconocimiento é influencia de los médicos.

Algunas consideraciones sobre QUIMIOTERAPIA y el 606 Ehrlich-Hata.

Por I. GONZALEZ MARTINEZ, M. D.
Director del Laboratorio Bacteriológico del Servicio de Enfermedades Tropicales.

Además de los procederes fisioterápicos, hay dos grandes métodos aplicables al tratamiento de las enfermedades infecciosas, y son la INMUNOTERAPIA y la QUIMIOTERAPIA.

La "Inmunoterapia" es de creación reciente, y fué llevada desde el Laboratorio al campo de la práctica médica rutinaria por Pasteur y Duclaux, Behring y Roux, Tizzoni y Yersin, Metchnikoff y Wright. Es el método ideal y el más lógico de cuantos han podido concebirse para curar los procesos infectivos y tóxicos, porque mientras ataca con energía los gérmenes virulentos respeta en absoluto al organismo. Pero no ha demostrado ser eficaz y dar brillantes resultados más que en aquellas enfermedades que estimulan el sistema, para responder á la agresión de los microbios elaborando substancias vacunantes llamadas anticuerpos.

Estos anticuerpos (bacteriolisinas, antitoxinas, aglutininas,

precipitinas, opsoninas) no actúan más que sobre la especie bacteriana que estimuló su formación en el seno del organismo.

Son, pues, "específicos." Además, en nada interfieren el funcionamiento del sujeto ni ejercen la más leve acción sobre los elementos anatómicos. Son exclusivamente "parasitotrópicos."

La "Inmunoterapia" ha fracasado en todos aquellos procesos morbosos en que no tiene lugar la formación de anticuerpos, ó cuando la virtud reparadora del organismo, unida á la formación de los anticuerpos específicos, es insuficiente para determinar el restablecimiento de la salud.

En tales casos la "Terapéutica Biológica" debe de ceder el paso á la "Terapéutica Química," si estas denominaciones pueden permitírsenos.

La "Quimioterapia" es en realidad tan antigua como la Medicina; puesto que el hombre desde los más remotos tiempos ha empleado las drogas en la curación de sus dolencias. Pero casi todas las drogas son tóxicas y á la vez que obran sobre los parásitos, ejercen una acción deletérea sobre el protoplasma vivo, sobre la célula animal. Tienen propiedades "organotrópicas" y "parasitotrópicas" y, en muchas de ellas, el poder organotrópico impera sobre el parasitotrópico Tanto más vale una droga en el tratamiento de las enfermedades microbianas, cuando teniendo en elevado poder "parasitotrópico" está desprovista ó solo acusa una exigua acción "organotrópica."

A esclarecer estos problemas, á conseguir dicho "desiderata", hace tres años que el profesor Ehrlich ha venido encaminando sus esfuerzos.

Ha sido el creador de la "Quimioterapia" moderna, y su método de curación de las enfermedades microbianas por "sterilisatio magna", sobre representar un considerable progreso, porque permite la destrucción rápida de los gérmenes morbosos, pone en la vía del descubrimiento futuro de compuestos químicos eminentemente "parasitotrópicos" aplicables á otras enfermedades parasitarias crónicas tenidas por incurables.

Ahora bien, según Ehrlich ,ocurre con los cuerpos empleados en "Quimioterapia" lo contrario de lo que sucede con los simples y compuestos cuando intervienen en sus diversas acciones químicas. Así como para estos resulta fija é invariable la ley de que "Corpora non agunt nisi soluta", aquellos, en cambio, obedecen á esta otra ley: "Corpora non agunt nisi fixata."

De modo que para obrar un cuerpo químico con virtud qui-

mioterápica en determinado proceso morboso, debe necesariamente ser fijada su molécula activa por el microbio específico en forma tal que no quede ninguna valencia libre que pueda ser origen de fenómenos tóxicos.

Ehrlich supone que tanto las células orgánicas frente á las substancias "organotrópicas" como los microbios y parásitos frente á las "parasitotrópicas", están provistos de receptores análogos á los que él admite como fundamento de su teoría de la inmunidad, llamada de las "cadenas laterales." Y estos receptores tienen la propiedad de fijar la molécula activa del compuesto químico. Se llaman chemoreceptores ó "chemoceptores."

La experimentación ha llevado á Ehrlich á reconocer cuatro diversos modos de obrar los medicamentos:

1o.—Sin acción "organotrópica" ni "parasitotrópica."

2o.—Débilmente "parasitotrópicos" aumentan la virulencia de los gérmenes cuando inyectados á pequeña dosis. Es el "fenómeno de Hata."

3o.—Actúan sobre el parásito haciéndole decrecer en proporción geométrica. Es la "Therapia sterilisans convergens."

4o.—En el primer momento crece el número de parásitos, pero después comienzan á decrecer hasta extinguirse. Es la "Therapia sterilisans divergens" ó "fenómeno de Browning."

Cualquiera de estas dos últimas acciones puede conducir á la "Therapia sterilisans magna", que se realiza cuando con una sola dosis de medicamento mueren todos los parásitos, ó si no todos la mayor parte de ellos y sus cadáveres dan lugar á la formación de anticuerpos en proporción notable los cuales contribuyen á destruir los supervivientes al primer embate de la droga.

Solamente 4 substancias químicas ha encontrado Ehrlich dignas de recomendar para su método terapéutico de "sterilisatio magna" en las enfermedades á espirilos (espirilosis y espiroquetosis). Tres de ellas son derivados arsenicales y se han mostrado con acción sobre el "Treponema Pallidum", germen específico de la "Sífilis"; pero no todos tienen agrupados sus elementos constitutivos en forma tal que puedan todas las valencias arsenicales fijarse sobre los espiroquetes y provocar su destrucción rápida.

Esta condición solamente la reune en alto grado el Dioxidiamidoarsenobenzol, llamado vulgarmente "**606 de Ehrlich y Hata.**" Es un compuesto arsenical amidado que deriva del núcleo benzénico por sustitución en este núcleo de átomos de Hidrógeno con radicales de arsénico y amidas.

Así el benzol tiene por fórmula $C_6 H_6$ que se representa gráficamente con este exágono.

CH

HC CH

HC CH

CH.

en el cual si hacemos, tomando 2 moléculas ó sean 2 hexágonos, la introducción del arsénico y de los radicales amida y oxhidrilo sustituyendo los átomos de Hidrógeno correspondientes, obtendremos la doble figura

CAs, CAs.

HC CH HC CH

HC CNH_2 HC CHN_2

COH. COH. , que podemos traducir en la siguiente ecuación $C_6H_3OH. NH_2As$ $AsNH_2.OH.C_6H_3=C_{12}H_{12}O_2N_2As_2$.

Ehrlich insiste en que, para poder los derivados arsenicales ejercer una enérgica acción esterilizante sobre los treponemas y espirilos, sin efecto deletéreo sobre los órganos, se necesita, como condición indispensable, que el compuesto sea "trivalente" y no "pentavalente". He ahí la razón por la cual el "Atoxil" fracasó en el tratamiento de la sífilis y dió lugar á tan frecuentes complicaciones tóxicas que le valieron su rápido descrédito. El atoxyl tiene cinco valencias arsenicales, y claro es que no fijando solo tres los espiroquetes, quedaban dos circulantes y en disposición de acarrear fenómenos tóxicos.

En el dioxidiamidoarsenobenzol ó "606" no quedan valencias

libres, todas se fijan á los arsenoreceptores de los treponemas y éstos son destruidos, esterilizados al máximum, con escasa acción organotrópica, y poniendo en libertad una considerable proporción de "endotoxinas" que ha de provocar la formación de anticuerpos para favorecer la "lisis" completa de los gérmenes supervivientes.

Que la inyección de "606" estimula la formación de anticuerpos, probablemente "bacteriolisinas", con poder destructivo sobre los "treponemas" y con virtud curativa, por lo tanto, es cosa bien probada por los casos de niños reciennacidos heredo-sifilíticos que curaron indirectamente á consecuencia de inyecciones recibidas por la madre. Y no puede alegarse el paso por la glándula mamaria del derivado arsenical, puesto que los análisis más cuidadosos no pudieron descubrir la presencia del arsénico en la leche.

De manera que, hoy por hoy, debemos de admitir que la acción curativa del "606" en la sífilis se manifiesta de dos modos, matando directamente los "treponemas" y contribuyendo á la formación de anticuerpos específicos como resultado de la liberación de "endotoxinas".

Otro hecho que prueba también esta liberación de "endotoxinas" es el "fenómeno de Jarish-Hexheimer" observado con dosis incompletas de la droga, y consistente en una exacerbación de la roseola secundaria con aparición de un halo rojizo alrededor de cada mancha.

No nos vamos á ocupar en los brillantes resultados que ha dado y está dando el "606" en la terapéutica de la Sífilis; ni tampoco vamos á hablar de sus indicaciones ni contraindicaciones, por que son asuntos ya perfectamente conocidos.

Pero no queremos terminar sin llamar antes la atención sobre los tres extremos siguientes:

1.—La técnica más fácil para inyectar el "606" es la de Duhot, que consiste en disolver en un mortero de cristal la dosis del producto con un gramo del alcohol etílico y agregar luego 6 c.c. de suero fisiológico, sin alcalinización previa. Esta inyección no es muy dolorosa y tiene fácil ejecución, sin que su autor la haya "guardado en secreto", como tampoco son secretos los métodos de Alt, Michaelis, Hersxheimer, Kromayer, Mc Donagh, Schreiber, etc., etc.

2o.—No debe de inyectarse el "606" más que después de haber hecho un exámen clínico completo del enfermo, un análisis químico y microscópico de su orina, una determinación del cam-

po visual y exámen del fondo del ojo por un oculista competente, y, sobre todo, de "haber practicado ó haber hecho practicar, por persona hábil, una reacción de Wasserman," para saber si realmente se trata de un sifilítico ó si sus treponemas están en actividad ó latentes.

En corroboración de estas manifestaciones voy á permitirme recordar el caso siguiente citado por Mc Donagh: "En un caso de supuesta sífilis cerebral, la muerte del paciente siguió á la inyección de "606"; pero la autopsia demostró que se trataba de un sarcoma diseminado del cerebro. El Wasserman fué negativo." Y dice Mc Donagh en sus comentarios del caso: "Debe de tenerse especial cuidado en someter antes los enfermos á la prueba del Wasserman; porque si así no se hiciera, muchos no sifilíticos serán inyectados con 606."

3o.—En algunos individuos en quienes haya motivos para suponer hipersensibilidad á los arsenicales, debe de probarse ésta haciendo una oftalmoreacción de Calmette ó una cuti-reacción de Von Pirquet con la soulción de arsacetina á 3 0|0.

San Juan 27 de Noviembre, 1910.

V8 issue no 75 missing.
NB: NLM unable to obtain

BOLETIN

DE LA

Asociación Médica de Puerto Rico.

Año VIII. | ENERO DE 1911. | Número 76.

SUMARIO.

Preparaciones orgánicas de arsénico

(DE THE LANCET.)

Sería la mejor confirmación de la verdad que encierra el consejo de Goethe: "Warum in die Ferne schweifen siech Gute liegt so nah" si se demostrara ahora que la que es en realidad nuestra más antigua preparación arsenical, y que fué introducida en la terapéutica hace cuarenta y seis años por un médico alemán ya olvidado, actúa sobre los spirocheta de la misma manera que el complicado compuesto recientemente presentado por otro compatriota.

En 1760 Cadet obtuvo un fluído destilando una mezcla de arsénico y azotato de potasa; á este compuesto se le dió el nombre de fluído de Cadet, alkarsin ó fluido piróforo. Bunsen fué el primero que analizó ese fluído en 1837, y halló que consistía principalmente en cacodilo y óxido de cacodilo que podía convertirse en ácido cacodílico por oxidación. Los primeros experimentos farmacológicos hechos con esta preparación fueron llevados á cabo por el mismo Bunsen en ranas y por Kurschner en conejos. El último halló que podía administrase una inyección intravenosa de 42 centígramos sin causar daño; como que un animal soportó esa dósis después de habérsele administrado por la boca una dósis de 36 centígramos. En 1843 quedó establecido que el ácido cacodílico no era tóxico. En 1860 Schmidt y Chomse confirmaron la precedente afirmación referente á la ausencia de toxicidad del ácido cacodílico, pero hallaron que en ciertas circunstancias era reducido en el estómago. Lebahn afirmó en 1868 que esta sustancia ejercía la misma acción que

el arsénico, pero era considerablemente menos tóxica que este y sus sales. Schultz (1879.) Marshall y Gree (1886) pudieron confirmar también estas manifestaciones; en otras palabras allá por el año 1886 ocho autores por lo menos habían publicado los resultados de sus investigaciones fisiológicas y farmacológicas respecto del ácido cacodílico. Jocehleim fué el primero que trató de usar en su práctica el ácido cacodílico en 1862, y publicó en dicha época un informe acerca de los excelentes resultados que había obtenido usándole en el tratamiento de enfermedades crónicas de la piel y en la tuberculosis pulmunar. Ha poco que dí con una publicación suya olvidada ya, de fecha 1865 y que se halla en la biblioteca de la Gran Corte Ducal. En esta obra dice él que en su opinión el ácido cacodílico ejerce una acción tan rápida en la tuberculosis pulmonar "porque trasmite á la sangre del paciente una condición que es adversa á la tuberculosis." En mi opinión es esta una afirmación interesante, sobre todo si tenemcs en cuenta que esto ocurrió mucho antes del descubrimiento de Kock ó antes que se supiera nada tocante á anticuerpos, anti-toxinas y la teoría de la cadena. Desde Jochleim en 1862 hasta Gauthier en 1899 otros muchos autores han contribuído á la literatura acerca de los cacodilatos. Peraldis, en 1902 llamó en la PRENSE MEDICALE la atención hacia el hecho de que Gauthier no era en ningún modo el primero que había abogado por el uso terapéutico de estas preparaciones.

Un cirujano americano fué el primero en llamar la atención hacia el paralelo entre el cacodilo y el 606, en cuanto á la acción específica de ambos, basándose en su propia experiencia. En el JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, de 24 de Septiembre de 1910, el Dr. John B. Murphy de Chicago, describe los resultados obtenidos por él en el tratamiento de la sífilis con el uso del cacodilato de soda, lo cual hace crer al principio, que el artículo se refiere á los notables éxitos por el uso del diamido-dioxybenzol de Ehrlich; tan semejante es el efecto que ambas drogas causan.

El Dr. Murphy ha estado usando el cacodilato de soda durante siete años para aliviar los dolores causados por el carcinoma óseo metastásico, y también para otros varios fines para los cuales está el arsénico indicado. Dice que uno de sus más notables efectos terapéuticos es la rápida disolución de los depósitos en la pericarditis fibrinosa de los niños cuando se administra en dósis darias de uno á tres granos ó aun más.

Después pasa á dar cuenta de sus observaciones relativas al uso del cacodilato de soda en el tratamiento de la sífilis. La dósis usual era de uno á dos granos inyectados hipodérmicamente en los músculos. El efecto es notable: los spirocheta desaparecen completamente del chancro primario en 24 horas; la induración se reduce notablemente en 24 y se convierte en una úlcera blanda y limpia en 72 horas. "A partir de ese momento se vá curando con la misma rapidéz que si fuera una llaga aséptica de origen mecánico en el mismo tejido. En otras palabras, el cacodilato de soda parece que destruye el micro-organismo específico (spirocheta) que mantiene la irritación." El exámen microscópico en un caso (ilustrado por fotografías) demostraba que los spirocheta habían desaparecido en 48 horas de un chancro del labio adquirido por contacto con una copa al beber, después de dos inyecciones de medio grano cada una aplicadas en el músculo pectoral con 24 horas de intervalo quedando una úlcera blanda y limpia sin induración. Treinta dias despues del tratamiento inicial la úlcera había curado completamente sin dejar evidencia alguna de la dolencia. El total de las inyecciones aplicadas fué diez de medio grano cada una y cuatro de tres cuartos de grano. El Dr. Murphy dice que:

> "Las adenopatías, salvo las que tienen un foco central supurado, desaparecen en cuatro ó cinco dias. Las placas mucosas tardan en desaparecer de 24 á 48 horas; las úlceras progresivas del paladar y la pared posterior de la faringe se aclaran y curan como heridas normales granuladas en períodos de tres á seis dias y las úlceras perforantes del paladar se curan en sus márgenes, dejando la perforación en condiciones saludables. En un niño de nueve meses de edad con sífilis papulosas una dósis de un cuarto de grano fué administrada en el músculo pectoral. La irritación desapareció completamente en 48 horas."

Como el Dr. Murphy se propone usar las 25 dósis que ha recibido del 606 de Ehrlich para comparar sus resultados con los obtenido por medio del cacodilato de soda, estos resultados deben aguardarse con interés y en verdad que sus sugestiones merecen ser atendidas para realizar otras tentativas con remedio tan seguro como el cacodilato de soda. El sugiere que la primera dósis debe ser de dos á cuatro granos y no debe repetirse hasta que no pasen tres o cuatro dias. Presenta sobre el diamidoarseno benzol la ventaja de ser estable, y que sus solu-

ciones pueden esterilizarse sin temor de descomposición, no siendo dolorosas las inyecciones. De otra parte no es un patentizado y su acción farmacológica está bien determinada.

El cacodilato de soda (CH) AsO Na 3H O es facilmente soluble en el agua y contiene 46.8 por ciento de arsénico, equivalente á 61.8 de ácido arsenioso. Hsta hoy no se ha explicado bien su manera de actuar en el organismo. Algunos autores creen que su acción se debe á su transformación en ácido arsenioso ó arsénico mientras otros á una específica acción á la molécula de cacodilo, opinión sostenida por la observación de Fraser quien halló que ninguna acción arsenical seguía á las administraciones internas ó subcutáneas del cacodilato de soda y que la preparación dejaba al organismo sin cambio alguno. Heffter, por el contrario es de opinión que su efecto se debe á la liberación del arsénico, y halló que podían determinarse trazas de ácido arsenioso en la orina, mientras que ciertos órganos como el hígado, intestino y las paredes del estómago tenían la propiedad de reducir el ácido cacodílico. Esto explicaría el olor de óxido de cacodilo que aparece en la administración de los cacodilatos, pero que no aparece generalmente después de su exhibición subcutánea.

La inocuidad de la droga se demuestra por el hecho de que no hay mención en las obras escritas acerca del asunto de ningún desarrollo óptico serio ó síntomos alarmantes á consecuencia de su administración durante los últmos diez años. En vista del reciente éxito en el tratamiento de la avariosis por el arsénico, conviene recordar que Gautier no atribuía ninguna acción específica á la medicación arsenical sino que atribuía su acción benéfica en esta enfermedad á su importante propiedad de mejorar la condición general. Oppenheim (Klinisch-therapeutische Wechenschrift, 1907, p. 1170) es uno de los autores más recientes que ha tratado acerca del uso del cacodilato de soda en la sífilis, el cual considera preferible al atoxyl y al ácido amino-fanilarsénico por razón de su menor poder tóxico. La preparación ha sido recibido hasta aquí con poco interés en la Gran Bretaña, y es principalmente en Francia é Italia, donde la usan mucho. Es ahora oficial en las farmacopeas de Francias, Italia y Suiza.

George P. Forrester, F. C. S.

Darmstadt, Dec. 5th, 1910.

CONSIDERACIONES PRACTICAS

sobre el tratamiento de la sífilis por el nuevo remedio de ESHLICRH-HHATA

POR EL DOCTOR ALEXANDRE RENAULT.

Las trompetas del juicio final, anunciadas por la religión católica, no harán más ruido que la entrada en el mundo del nuevo remedio Elhrich-Hata. Lejos de mí el pensamiento de disminuir el valor del descubrimiento del Profesor Elhrich. Ninguno más que yo admira los trabajos de este ilustre sabio. Pero no es menos cierto que antes de precisar el alcance terapéutico de un medicanmento, es necesario un período de recogimiento y de esperimentación.

¿Qué vemos hoy? Después de un momento de entusiasmo indescriptible, se levantan voces discordantes. Hay desengaños, fracasos, mas aun; graves accidentes.

Nuestro fin, en este artículo es de poner la, cuestión en el punto exacto, sirviéndonos de los documentos de que disponemos en la hora actual, y de las estadísticas que nos presentan, principalmente los médicos alemanes.

Nuestro fin, en este artículo es de poner la cuestión en el 606 bajo el triple punto de vida de su acción: Sobre los accidentes específicos; el treponema; la reacción de Wasserman.

1o. "Acción sobre los accidentes específicos." El poder del 606, en las diversas etapas de la enfermedad, parece notable en la mayor parte de los casos. Que se me permita citar entre muchos otros, tres ejemplos, extraídos de la práctica del Dr. Duhot, el distinguido jefe de la Policlínica central de Bruselas. En 16 días desaparece una sifilides pústulo ulcerosa que resistía desde hacía tres meses al mercurio. En 15 días se ha realizado la cicatrización de un goma que ocupaba la mitad posterior del cráneo y que duraba hacía más de un año. En 30 días en fin, funde una macrolabialitis, lesión rebelde por excelencia, que databa de tres años y que no se lograba modificar por el tratamiento mercurial más enérgico.

Los heredos sifilíticos pueden reportar un poderoso beneficio del empleo del 606, y lo comprueba el caso siguiente citado también por el Dr. Duhot: Un niño de tres semanas de edad se halla atacado de córiza y cubierto de pénfigo en diversos puntos. Su aspecto es miserable. Su madre, que lo amamanta, recibe en un día 50 centígramos en cada nalga, y al día siguiente 45 centígramos en la otra. Tres días después, el córiza y el pénfigo ha-

bían desaparecido, y el niño había aumentado de peso. Este resultado estraordinario debe ser racionalmente atribuído á la formación de anticuerpos en la madre, no encontrándose señales de arsénico en las orinas del niño.

En esos cuadros sorprendentes hay sinembargo sombras.

He aquí primero, lo que nos revela la estadística de William Pick, de Viena, la que es imponente, porque se trata de 120 enfermos. Como los otros esperimentadores, W. Pick ha comprobado efectos notables. Pero estudiando de cerca la acción del 606 sobre el accidente primitivo y los accidentes secundarios, he aquí lo que él ha notado:

La cicatrización del chancro es rápida, pero la induración persiste. Pero Wechselman nos enseña que este estado constituye una amenaza de reincidencia, los espiroquetas englobados en las trombosis vasculares de la porción dura, no pueden ser atacados por el remedio de Erhlich.

Por otra parte no es constante que todas las erupciones secundarias sean rápidamente modificadas por el 606. W. Pick ha observado sífilides pápulo granulosas que estaban todavía muy visibles 14 y aun 20 días después de la inyección, en casos informados por Saalfeld en el reciente Congreso de Konisberg.

Ademas las reincidencias no pueden ser negadas y lo prueba las dos siguientes observaciones de W. Pick: Un enfermo atacado de goma esternal, recibe una inyección de 50 centígramos. La curación es rápida, pero un mes después sobreviene una goma de la bóveda palatina. Otro enfermo, con una inyección de 40 centígramos se halla pronto curado de un chancro. Sin embargo dos meses después se queja de una cefalalgia intensa; la alopecia es abundante y se descubre una neurítis óptica.

Casos de reincidencia han sido comprobados por Bering, Huschéimer, Wechselmann, Schaeiber y Hoppe. Estos autores han asistido al nacimiento de roseolas, á pesar de la inyección del remedio en el período del chancro, y al renacimiento de sifilides terciarias, anteriormente extinguidas por los medicamentos.

Yo mismo he visto recientemente en el servicio de mi excelente colega y amigo, el Dr. Fournier, un enfermo cuya sifiilides papulosa había sido rápidamente reducida en máculas por una inyección de 50 centígramos, pero que pocos días después se encontraba atacado de una periotitis de la tibia.

En fin el Dr. Queyrat, durante su permanencia en Franc-

fort, ha observado reincindencias en 30% de los casos, seis semanas después de la inyección. Pasemos ahora á la estadística de de Freenkel et Grouven. Ella comprende 100 enfermos. En varios de entre ellos, la desaparición de los accidentes ha sido lenta. Uno de sus pacientes conservaba todavía pápulas hipertróficas y sifilides pápulo erosivas bucales al cabo de dos meses.

Estos autores estiman necesarias varias inyecciones á dósis progresivamente crecientes: 40, 80 centígramos con 15 días de intérvalo entre cada una. En fin hay fracasos reales, así como atestiguan en el número 37, 1910, de la "Mediz Klin," Jadasshon, Linser y Bering. Este último cuenta 8 fracasos entre 64 casos, es decir 12, 5%.

E profesor Gaucher, al lado de efectos notable ha encontrado también enfermos, cuyo estado permanece estacionario, á pesar de la inyección del 606. Reconoce sin embargo que el remedio de Ehrlich ejerce una acción manifiesta en las lesiones cutáneas y mucosas, y sobretodo en las lesiones ulcerosas de todos los períodos de la sífilis. Pero niega su acción en las alteraciones viscerales.

2o. "Efecto del 606 en el Treponema." El agente de la sífilis desaparece ordinariamente en 48 horas al nivel del chancro y de las lesiones scundarias; al cabo de 3 días máximum en las observaciones informadas por Bertarelli, Pasiniy Bottelli. Pero no sucede siempre asi. En el congreso de Konisberg, Frankel y Grouven han señalado casos de sifilides papulosas de la cara, en los cuales los treponemas habían sido encontrados muy vivaces dos meses después de la inyección.

3o. "Resultado sobre la reacción de Wassermann." No es menos interesante averiguar lo que sucede con respecto á este "criterium."

Frente á observaciones que demuestran que la reacción ha resultado brevemente negativa, dejando de esta manera el aborto de la sífilis, se citan algunos otros, en los cuales ella ha persistido. En una estadística de 72 casos, Huxheimer encuentra 15 reacciones positivas. Informa particularmente 4 casos de chancros iniciales, acompañados de una reacción, que al principio negativa, resultó positiva, 4, 6, 9 y 28 días después de la inyección.

La estadística de Lauge es todavía más interesante, vista su importancia. Comprende en efecto 268 casos con 97 reacciones positivas, es decir la cifra imponente de 36%.

Por otra parte Mell Jeanselme, Laignell Lavastine y Four-

nier, buscando esta reacción en 36 enfermos del hospital Broca, han encontrado numerosas excepciones en su dsaparición rápida, y sobretodo oscilaciones raras en la evolución del fenómeno, que, después de haber sido negativo á continuación de la inyección, volvió á ser positivo un poco más tarde. A las consideraciones precedentes se añade la complexidad de la manipulación del remedio, cuya técnica no está todavía establecida y que se trata en diversas partes de simplificar y de hacerla práctica.

Se sabe en efecto que en la hora actual el 606 debe ser preparado en el momento mismo de la inyección. Esta preparación necesita una colección de útiles bastante complicada: pilón, mortero, pipetas, el todo flameado con cuidado; después substancias que sirven como medios de disolución y de vehículos y varían según los esperimentadores: alcohol metílico, cola de soda, emulsión de parafina, suero fisiológico, aceite de adormideras.

El desideratum sería de encontrar un proceder que haga, en todo lo posible, la inyección indolora cuando se escoje la vía intramuscular. Pués, como lo veremos pronto el dolor consecutivo es uno de los principales inconvenientes del 606.

En una palabra, los químicos y los farmacéuticos se encuentran en un período de elaboración, y el práctico debe esperar que ellas logren realizar una cruzada práctica, parecida, por ejemplo, á la emulsión de aceite gris ó de calomel, empleada contra la sífilis. No es necesario creer tampoco que el 606 pueda ser indiferentemente aplicado á todas las enfermedades.

La lista de las contraindicaciones es larga, y el médico cuidadoso de evitar los accidentes, tiene el deber de conocerlos bien.

Hay que considerar primero la edad. El remedio no conviene á los sujetos que han llegado á los 60 años, á menos que todos los órganos estén en perfecto estado.

Hay que pasar sucesivamente la revista de los diversos sistemas de la economía y examinar su funcionamiento. Serán eliminados: 1o. los enfermos atacados de afecciones degenerativas graves del sistema nervioso, tales como: parálisis antiguas, púralis general, tabes avanzada. Estas lesiones; á lo menos las dos últimas, de origen pero no de naturaleza sifilítica, no tienen probalidad de ser modificadas, excepto quizás á su comienzo. 2o. Las cardiopatas y los arterio esclerosos.

3o. Las personas tocadas de afecciones hepáticas ó renales.
4o. Las mujeres en cinta.

Dos observaciones, consignadas en el número del 2 de Agosto de 1910 de la "Munch. med. "Wochen", demuestran sus peligros en el curso de la preñez. Una de estas observaciones pertenece á Herxcheimer y Shannefeld; la otra á Gliick. En la primera después de una inyección del 606, practicada en una mujer encinta de 8 meses, los movimientos activos del feto, que eran muy vivos el dia de la operación, disminuyeron sensiblemente al dia siguiente. En la segunda un embarazo de 7 meses, los movimientos desaparecieron al dia siguiente, y doce dias después no eran preceptibles. Un exámen meteculoso de los enfermos es tanto más importante cuanto que los accidentes provocados por el 606 pueden ser terribles.

Hablemos primero de las consecuencias locales de la inyección. La mayor parte de los pacientes experimentan un dolor, con frecuencia muy vivos, algunas veces menos atroz, en el lugar de la picadura, con resonancia en todo el miembro correspondiente al punto de arrastrar una impotencia funcional capaz de durar una semana. Esté dolor se produce sobretodo cuando la inyección es demasiado alcalina y puede complicarse de un empastamiento de la región.

Conviene no operar afuera de la región glútea, en un punto lejano del nervio ciático. De otro modo se espone uno á placas de gangrena, así como he tenido la ocasión de observar recientemente un caso en el Hospital Cochin, después de una inyección en la pared abdominal.

El doteor Bayet de Bruselas en el censo de una comunicación bien documentada en la Sociedad de Dermatología, sesión del 3 de Noviembre, ha señalado también algunos casos de gangrena, después de inyecciones al nivel de la región intuscapular.

Como lo ha hecho justamente notar el Dr. Mouneyrat, estos accidentes son debidos á la propiedad que posee el remedio de Ehrlich de coagualar la albumina consecuencia del empastamiento y el dolor.

En cuanto á las necrósis, se esplican por una coagulación demasiado enérgica, y la imposibilidad en que se encuentran los tejidos de recuperar su vitalidad primitiva.

Sin duda tales consecuencias pueden evitarse por la inyección intravenosa que permite además de saber exactamente la cantidad del medicamento absorbido por la economía.

Pero esta inyección es bastante delicada, es necesario acertar con la vena. De otra manera se expone uno á un flegmon del brazo, punto de elección de la picadura: así como he sido yo testigo últimamente el hospital Cochin. Es necesario no olvidar que embolias y trombosis venosas son posibles, arrastrando las terribles consecuencias inherentes á los accidentes de este género. Añado que en caso de inyección intravenosa el remedio debe ser suficientemente diluído. De otra manera la muerte puede sobrevenir. Un poco más lejos citaré un lamentable ejemplo.

Fuera de estos accidentes locales, se asiste generalmente á fenómenos generales, más ó menos graves, que dependen de una intoxicación arsenical. Me limito á citarlos: elevación de la temperatura pudiendo alcanzar 39 y aun 40 grados; eritemas morbiliformes y cuticados; taquicardia; congestiones pulmonares violentas, con esputos ensangretados; vómitos, diarrea ó estreñimiento, y para cerrar esta larga lista, albuminuria y disuria.

En fin, no podemos silenciar los casos de muerte. El profesor Ehrlich confiesa 12. Si es necesario cien al Dr. Hallopeau, el número debe ser elevado á 16, y aun á 18, según el profesor A. Gautier.

Reconozco voluntariamente que la mayor parte de estas terminaciones funestas están falta de detalles precisos, y que es quizás injusto de hacer responsable al método de estos casos. Cuatro sinembargo merecen de ser retenidos.

Hélos aquí brevemente resumidos. 1o. Caso de Iversen, mujer á la vez sifilitica, alcohólica é histérica. Iyección de 30 centígramos solamente. 8 dias después muerte con signos de bronco neumonia y de nefrítes aguda. Autopsia: miocardítis, arterio eselciosis, higado grasiento. 2o. Caso de Spicthoff: Mujer de 28 años, anémica y caquéctica. Iyección de 50 centígramos. Al dia siguiente las vecinas de la cama de la enferma se apercibía que ella estaba muerta. Autopsia, sifilomas terciarios viserales, hipoplasia del corazón y de la aorta. 3o. Caso de Frankel y Grawen: Muerte á continuación de una inyección introvenosa det 40 centígramos. Un cuarto de hora después de la inyección, sobrevienen los signos de una grave intoxicación arsenical: malestar general; vómitos y dolores generales y pulso filiforme; al cabo de dos horas terminación fatal. Autopsia: resblandecimiento de los lóbulos temporales. Es probable que en esta observación los accidentes han si-

do causados por la concentración de la solución. El remedio de Ehrlich había sido disuelto en 15 centímetros cúbicos de agua, cuando las inyecciones intravenosas necesitan una solución muy estendida, que no debe ser inferior á 150 y aun 200 centímetros cúbicos. 4o. Caso de nuestro colega Jacquet: Sujeto alcohólico, atacado de turbaciones digestivas y portador de un sifetoma ulceroso del muslo, datando de un mes. Iyencción de 50 centígramos. Cicatrización rápida del sifiloma. Pero siete dias después hematemésis, melena, muerte el duodécimo dia. Autopsia: úlcera gástrica de bordes callosos.

El Dr. Jacquet, basándose en la acción vaso dilatadara de la preparación, acción demostrada por congestiones diversas, más aun por hemorragias broncopulmonares y cutáneas, hace al 606 responsable del fin trágico de su enfermo, tanto más que este no había jamás anteriormente, presentado la menor hemorragia gástrica.

Sea lo que sea, estas cuatro observaciones prueban que es necesario proceder con una gran prudencia en el empleo de un agente terapéutico tan poderoso.

Llegado al término de esta revista crítica, creo poder, en el estado actual de nuestros conocimientos, formular las conclusiones siguientes: 1o. El 606 debe ser empleado en los casos de sífiles graves, que, cosa rara, han resistido á los diversos modos de mercurialisación intensiva actualmente usada.

Encuentra también su aplicación, fuera de toda medicación hydrargírica, en los enfermos gravemente atacados, cuando se desea llegar á una desaparición rápida de los accidentes. Una experimentación repetida y extendida ha en efecto demostrado, que él obra más enérgicamente y más prontamente que el mercurio. También puede ser muy útil, cuando se desea obtener, por ejemplo, la extinción de sifilides de forma papulosa generalizada que comprometen al enfermo á la vista de las personas que le rodean. El paciente sin embargo no experimenta sino una satisfacción pequeña. Porque si las pápulas se aplastan al cabo de algunos dias, y se ponen al nivel con los tegumentos vecinos, persisten máculas cuya duración es habitualmente bien larga.

Bajo el punto de vista social es todavía precioso porque esteriliza, en breve término, de sus treponemas, á las mujeres que ejercen el oficio de la prostitución.

2o. El remedio no es abortivo, á lo menos en el estado actual de su empleo. Numerosos hechos lo confirman.

3o. El necesita antes de su uso, un exámen minucioso de los enfermos y un conocimiento preciso de las contra indicaciones, sopena de esponerse á accidentes muy graves de intoxicación arsenical.

4o. Nuevas investigaciones son necesarias, para que los médicos puedan disponer de una preparación de un manejo fácil y capaz al mismo tiempo de suprimir, ó á lo menos de atenuar frecuentemente el dolor, con tanta frecuencia consecutivo á las inyecciones intramusculares.

Cuanto á los efectos preventivos del remedio en los accidentes tardíos de la sífiles, su empleo es todavía demasiado reciente, para que se pueda hablar de él, sobre todo cuando se desea bien recordar que, en un cierto número de casos, un tratamiento mercurial enérgico, desde el principio de la enfermedad, impide los accidentes secundarios, ó las hace de tal manera vagos que se puede dudar de su existencia. Sin embargo, desgraciados de los enfermos que se adormecen en una falsa seguridad y descuidan las curaciones periódicas, tan admirablemente indicadas por el profesor Fournier; esas son asechados por los accidentes terciarios los más graves, sobretodo la tabes y la parálisis general.

Sea lo que sea, si se desea darse cuenta exacta del poder real del 606 sobre el porvenir del sifilitico, dejando completamente de lado el mercurio, es indispensable recomendar expresamente á los enfermos de estar completamente en alerta, y de consultar á la menor perturbación en su salud.

Es necesario recordar que el período terciario de la sífilis simula todas las enfermedades posibles, y que un errror de diágnóstigo ó una intervención demasiado tardía pueden arrastrar consecuencias irreparables.

Traducido del periódico de medicina "Le Journal des Praticien". (Periódico de los prácticos), No. 50.310, Diciembre, 1910. Por el doctor José Antonio Vazquez.

Oficial de Sanidad

CASO CLINICO

Vidal Serrano, jornalero, como de 18 años de edad, de mediana constitución, bastante anémico, sufrió á principio del mes en curso una fractura comminuta de los huesos de la pierna con gran destrozo de los tejidos blandos; la lesión tenía en la parte

alta de aquella, lado izquierdo; fué motivada por haber caído una viga sobre dicho miembro.

Fué trasladado á este pueblo, de un barrio lejano como á las ocho horas del accidente: se imponía desde luego la amputación; no haciendo la desarticulación de la rodilla por no disponer de tejidos blandos en buen estado para los colgajos: resolví la amputación por el tercio inferior del muslo; operación que llevé á efecto con la cooperación del practicante don Martin Berrios, y del farmacéutico don M. Barber.

Se procedió á la anestesia con una mezcla de cloroformo, 3 partes y una de eter; por más que se usó con las precauciones debidas, sobrevino síncope clorofórmico, del que costó gran trabajo sacar al enfermo, empleando mucho tiempo la respiración artificial, inyecciones con cafeína y aceite alcanforado y puntos de fuego á la región precordial etc. Desaparecido por fin este peligro, se desistió de la operación, para momento oportuno. El foco traumático, se desinfectó mucho, con profusión de agua oxigenada envoltura con gasa yodo formada y algodó antiséptico; tónicos al interior.

Al siguiente dia no atreviéndonos á probar fortuna con el anestesico antes empleado, pensamos en la raquianestesia. El practicante Berrios me manifestó haberle visto practicar con suma facilidad á los doctores Antongiorgi y Figueroa.

El estado general del enfermo era relativamente satisfactorio por haber reaccionado: fiebre pequeña.

Se hizo la punción con un trocar mediano de un aspirador pequeño, préviamente hervido y bien desinfectada la piel con tintura de yodo; desinfectadas las manos por los medios usuales y lavadas finalmente con alcohól. La geringuilla era la de Bartelemy, y se desinfectó por ebullición prolongada. El punto elegido fué el que se aconseja generalemnte; como á un centímetro (lado derecho de las apofisis espinosas en una línea que rodease el cuerpo siempre al mismo nivel y tangente á las crestas iliacas.

La dirección del trocar fué hacia adentro, adelante y ligeramente hacia arriba; penetró unos 4 centímetros ó cinco. Después de dos tentativas infrauctuosas cuando nos proponíamos renunciar á dicho método por dificultades técnicas, nos fijamos en la cánula por si estaba obstruída; y efectivamente un taponcito de grasa impedía que diera resultado la función, se desobstruyó y se repitió la puntura en el mismo sitio y en la misma dirección penetrando lo mismo la aguja, y esta tercera vez se

vió fluir gota á gota al principio teñida de sangre y luego muy trasparente el líquido cefalo raquideo. Se extrajeron dos centímetros y se inyectaron 9 centígramos de estovaina medio milígramo de estrignina en un centímetro cúbico de agua destilada y esterilizada. Como á los doce minutos, no era suficiente la anestesia en la piel del muslo, y se inyectó nuevamente 2 1,2 centígramos de estovaina y 1|4 de milígramo de estrignina en medio gramo de agua; siendo completa la insensibilidad á los pocos momentos.

La operación se llevó á afecto con toda calma, sin que en todo el tiempo de la amputación sintiese á penas dolor el paciente. No ocurrió accidente alguno ni inmediato ni posterior por la función que había sido acertada desde el primer momento ó primera tentativa; ni tampoco por el empleo de la estovaina á pesar de tratarse de un organismo débil, ni de haberse practicado en actitud sentada.

El enfermo siguió sin incidente alguno que merezca mencionarse y pronto estuvo curado; á pesar de rodearle siempre malas condiciones. Este caso se presta á estas consideraciones.

1a. Que no se debe intervenir con precipitación después de un traumatismo grave mientras se note que no ha reaccionado el organismo pues pueda haber algo de (choc) traumático.

2a. Que para estos casos en que hay recelo en emplear el cloroformo, por temor á accidentes, tiene su verdadera indicación la raquianestesia.

3a. Que no es de técnica difícil ni tampoco fáciles las complicaciones por el hecho de la función aunque sea repetida (prévia asepsia.)

Que por este caso queda comprobada una vez más la utilidad de la asociación de la estrignina á la estovaina, para evitar los efectos deprimentes sobre el centro nervioso que rige las funciones cardiacas y respiratorias; y aunque se efectúe la operación en actitud sentada.

4o. Que en caso de precisión el instrumental especial, puede suplirse por una simple aguja de aspirador y una jeringuilla ordinaria.

Ciales 23 de Enero de 1911.

Francisco Martinez,

Oficial de Sanidad.

ACTA

DE LA ASAMBLEA CELEBRADA EN SAN JUAN EN LOS DIAS 17 Y 18 DE DICIEMBRE PASADO.

(Continuación.)

El Presidente manifiesta, que aunque en la Asamblea de Ponse se nombró una comisión compuesta de los Doctores Coll y Toste, Rivero y Quevedo Baez, para preparar y presentar un proyecto de monte-pío médico; en virtud de haber sido imposible reunir á los señores comisionados; la presidencia encomedó al último de los compañeros citados el estudio de dicho proyecto; invitando por lo tanto al doctor Quevedo Baez, para que de cuenta de su cometido.

Y lo hace, leyendo las bases generales del proyecto que son aceptadas en principio unanimemente por la Asamblea, pués ellas cristalizan de un modo práctico y positivo las aspiraciones constantes de la clase médica, con la creación de ese "monte-pío", que tantos años viene persiguiendo la Asociación Médica, y el que hasta ahora no se pudo hacer viable y que de hoy en lo adelante será una hermosa realidad.

En la discusión de dichas bases, que fué amplísima, tomaron participación numerosos compañeros, prueba inequívoca de la transcendencia del problema á resolver. Los doctores Chacar, Barreras, Matanzo, Cueto, Mora Vaamonde, Carballeira y Belaval presenta enmiendas muy pertinentes, constiuyéndose el monte-pío de referencia bajo las regulaciones que en armonía con las bases y las enmiendas propuestas redactó una comisión compuesta de los doctores Quevedo Baez, Chacar y González Martinez.

Esta comisión redactó dichas bases y articulado consiguiente en la forma que se expresa á continuación:

BASE I

La Asociación Médica de Puerto Rico, dispuesta á la defensa y protección de los intereses morales y materiales de la clase, crea el que ha de llamarse "**Fondo de Protección Médica**".

Su objeto y finalidad son de ahorro y de seguro. Una modesta cuota, "al principio" y otra, después, "al semestre" pagadas por cada médico asociado formarán el fondo de acumulación, de donde la previsión, en forma de seguro, proveerá el pago de "pensiones" mensuales á la "viuda, hermanos, hijos ó pa-

dres'' de los socios fallecidos, durante un tiempo previsto y fijado por el Reglamento, que ha de regir á este fin.

BASE II

Formarán parte también, de este fondo de acumulación, todos los ingresos que, por concepto de pago, de certificaciones médicas, sean colectados por la Tesorería de la Asoción.

BASE III

El montante del ''Fondo'', una vez constituído será ingresado por el Tesorero de la Asociación, en un Banco de Crédito, devengando intereses y á nombre de aquella.

BASE V

Este fondo estará en vigor por la Asociación, desde la fecha en que se expida la circular y se haya publicado este Reglamento. Para cada socio, estarán en vigor los beneficios desde el mismo dia en que haya cubierto el pago de su cuota semestral ó suplementaria; es decir, después de haber pagado su cuota de entrada y la cuota semestral.

BASE IV

Todos los gastos que origine la organización de este ''Fondon'', serán por cuenta de la Asociación Médica.

BASE VI

En caso de disolución, los fondos existentes, se distribuiran entre los socios y los familiares que estuvieren percibiendo pensión, á partes proporcionales.

CAPITULO I

Art. I. Se establecen dos cuotas: una de entrada de 10 dollars y otra semestral de 6 dollars.

Art. II. Pasados tres meses sin haber satisfecho el socio, la cuota correspondiente, pierde el derecho á los beneficios que de ella derivan.

Art. III. Como complemento del anterior artículo, se esblece, que todo socio, al hacer el pago de sus cuotas semestrales deberá tener cubiertas, al mismo tiempo, las de la Asociación, hasta esa fecha.

Art. IV. El socio que hubiere perdido sus derechos al fondo, por falta de pago, pierde la opción al reingreso en el mismo.

CAPITULO II
LAS PENSIONES

Art. I. Se crean tres clases de pensiones: de 15, de 20 y 25 dollars mensuales, á contar desde la fecha del fallecimiento del socio.

Art. II. El grado de cada pensión es proporcional al número de años que lleve inscrito cada socio, en el Fondo. Desde uno á tres años le corresponden $15.00. De tres á cinco años. $20.00 y después de los cinco años, $25.00.

CAPITULO III
DE LOS HEREDEROS LEGITIMOS

Art. I. Serán herederos legítimos, la viuda mientras no contraíga segundas nupcias, los hijos varones hasta la mayor edad. y las hijas mujeres hasta que se casen.

Art. II. Fuera de estos casos los derechos son intrasmisibles.

CAPITULO IV
DE LOS SOCIOS

Art. I. El hecho de ser miembro de la Asociación, no obliga á serlo del Fondo; pero es requisito indispensable, para inscribirse y recibir los beneficios de éste, ser miembro de la Asociación Médica.

Art. II. La Asociación no considera excluídos de posibilidad de ingreso, como miembros del Fondo á los Médicos, sea cualfuere su estado de salud ó condición de edad, pués quiere proclamar y poner en práctica, el hermoso principio que la informa, de confraternidad y protección mútua entre todos los médicos.

CAPITULO V
DEL TESORERO

Art. I. A los efectos de la mayor legalidad posible el Tesorero no admitirá el pago de las cuotas pertenecientes al "Fondo de Protección", si el socio se hallase en descubierto con la Asociación.

Art. II. Estará á cargo y responsabilidad del Tesorero el dar ingreso á los fondos en el Banco que la Directiva eligiere el estender y dar curso á las cantidades que deban extraerse para las atenciones del Reglamento de este Fondo de Protección. Trismetralmente informará á la Directiva del alta y baja de dicho Fondo

Art. III. Previa autorización de la Directiva, para cada caso particular, librará los "cheques" de pensiones. En su ausencia la Directiva autorizará al miembro de la Directiva que hubiere de encargarse de estas delicadas funciones.

CAPITULO VI

DE LA DIRECTIVA

Será deber suyo constatar debidamente cada caso de defunción que ocurra, debiendo al efecto exigir un certificado y solicitud firmada por el heredero legítimo más inmediata.

Esta solicitud lo mismo dentro que fuera del país, deberá ser jurada ante Notario por el con derecho á la pensión, entendiéndose que en caso de menores, albaceas ó tutores, consignarán ó evidenciarán sus poderes para actuar como tales representates.

NOTICIAS

Nos es satisfactorio consignar que han reingresado ó ingresado por primera vez en nuestra Asociación, los distinguidos compañeros doctores Vicente Roure, Clemente Fernández, P. Malaret, E. Pina, L. Figueroa, Perea Fajardo, Buitrago, Pressly, Jacobo Caldelas.

Obedeciendo así á nobles ideales de confraternidad y amor á la ciencia Médica, así como al levantado llamamiento de nuestro digno Presidente que ha sabido despertar en sus corazones aquellos generosos pero en parte aletargados impulsos.

Del Balance presentado por el Tesorero, resulta que existía en la caja de la Asociación hasta 31 de Enero la suma de $880.96.

Nos es grato consignar que hemos recibido el correspondiente canje y afectuosos saludos de todos los periódicos y revistas, á los cuales enviamos nuestros números anteriores. A todos muy agradecidos y la seguridad de nuestra más cordial correspondencia.

Ha sido dado de baja en nuestra asociación, en cumplimiento

del artículo 10 del Reglamento de la misma el doctor Aurelio Lassaleta, de Cataño.

Lo lamentamos y rogamos á los otros compañeros que se encuentren en dicho caso procuren ponerse á cubierto con la Tesorería.

Avisamos por medio de estas líneas, á los compañeros con ejercicio en San Juan, que el papel de la Asociación para certificaciones, se vende en las siguientes Farmacias: Guillermety, Colón, Blanco, Juliá y Rosario y Fénix. A los compañeros del resto de la isla les participamos que soliciten dichas hojas de los Delegados de sus respectivos Distritos.

Podrán ver nuestros compañeros en este número las bases acordadas, en la Asamblea de Diciembre pasado, acerca de la constitución del Monte-pío ó Fondo de protección para los médicos.

En relación con este asunto, así como el de las hojas para certificaciones intimamente ligado con él, el Presidente de nuestra asociación se propone pasar en breve una circular á todos los compañeros asociados.

De las gestiones realizadas por la Directiva de la Asociación Médica, acerca de la obtención de un local para el establecimiento de una Biblioteca y oficina en San Juan, podemos decir que se cuenta con parte del local que ocupa la Fraternidad Escolar, en la calle de la Fortaleza.

En el próximo número daremos cuenta de los primeros donativos, ya anunciados, para la creación y fomento de nuestra Biblioteca, así como de todo lo que se relacione con este importante asunto de nuestra colectividad.

Sigue enfermo de la vista, atendido por el Dr. Matanzo, nuestro distinguido compañero el Dr. Fernández, de Carolina. Hacemos fervientes votos porque cure pronto, el prestigioso médico.

Se ausentará para España en breve, por motivos de salud, y se dá de baja, temporalmente en nuestra asociación, el reputado compañero y excelente amigo Dr. Aurelio Lacasa que ejerce en Guayama. Que regrese pronto y completamente establecido son nuestros más fervientes deseos.

Relación de los médicos que residen en P. R.

ENERO 11 1911.

Adjuntas: Dr. Celso Caballero.

Aguadila: doctores *Arturo Torregrosa*, Buenaventura Jimenez. Pablo Zamora, *Ricardo Blazquez.*

Aguas Buenas: Dr. *Alfredo Marquez*

Arecibo: doctores Manuel Figueroa, *Miguel Roses Artau. Francisco M. Susoni*, R. Boid, *Fernando Alemán. Manuel Martínez Roselló* Luis C. Boneta, *P. Ramos Casellas.*

Añasco: Dr. *Manuel Dueño.*

Arroyo: Dr. *M. Rovellat Canals* y Juan Trujillo.

Barceloneta: Dr. *Aguirre.*

Barranquitas: Dr. *Gil Ponce de León.*

Barros: Dr. Gregorio Santo Domingo.

Bayamón: doctores *M. Fernández Náter, Agustin Sthal, Manuel Fosas*, Aurelio Lasssaleta. Jesús Ma. Amadeo, A. Santana Náter, S. Stephenson, Willis Stephenson, *Leopoldo Figueroa.*

Cabo Rojo: Dr. *Atilio Gaztambide*, Dr. Félix M. Vilella,

Camuy: doctores Ramón García, *Felipe A. García.*

Caguas: doctores Manuel Jiménez Cruz. P. Jimenez Sicardó, Victor Coll y Cuchí, *Mora Vahamonde, Victor Gutierrez Ortiz.*

Carolina: doctores *J. Aubray, C. Fernández.*

Cayey: doctores *Antonio Villeneuve, José Martí*, Tomás M. Foley.

Ciales: Dr. *Francisco Martinez.*

Coamo: doctores *Leonardo Igaravidez* Florencio Santiago, Juan Santiago Torres, *Arsenio Vallecillo.*

Comerío: doctor *Martin O. de la Rosa*, A. Umpierre.

Corozal: doctores *A. Bou de la Torre, Dr. Miguel Herrero.*

Culebra: doctores G. W. Shepherd, P. R. Stalnak.

Fajardo: doctores *Santiago Veve*, Miguel S. Veve. J. M. Saldaña. Juan Veve, Calixto Romero, F. Vizcarrondo, José Diaz.

Guayanilla: Dr. *Manuel Zavala Rodríguez.*

Gurabo: Dr. Félix Villamil.

Guánica: Dr. *H. B Knapp.*

Guayama: doctores *Aurelio Lacasa*, Alejandro Buitrago. Ramón Vergnes Santos, *Francisco Izquierdo.* José María Muñoz, *Alejandro Ruiz Soler.*

Humacao: doctores *Pedro J. Palou. Isidro A Vidal. Pablo Font Martelo, E García Lascot.* Clemente Mercado, James A. Brices.

Hatillo: Dr. *Vicente Roure*

Isabela: doctores *J. E. Luigi*, John Honell Harris.

Juncos: doctores *J. Barreras, J. G. Bajandas.*

Juana Diaz: doctores Enrique Vallecillo, Ramón A. de la Torre, Dr. Julio Audinot.

Lares: doctores *J. Benet Valdés, Francisco Sein.*

Las Marías: doctores Charles Cuffain, García Suarez.

Loiza; Dr. *S. Vizcarrondo.*

Lajas: Dr *Hipólito Aparicio.*

Manatí: doctores Francisco Vazquez Colón, A. Jordán, *M. Blazquez*, Octavio Jordán.

Mayagüez: doctores Black Stanny, Conrado Hernández, *Rafael U. Lange, Pedro Perea Fajardo.* N Jiménez Nussa, *J. Martinez Guasp, Martin Travieso, Marcos A. Manzano*, Augusto Franco Soto, Domingo Luis Vadi, Andrés Orsini, *Manuel G. Rodríguez. Luis F. Santos, Antonio Blanes*, Willis W. Creswell.

Maunabo: Dr. *Rafael Stella.*

Maricao: doctores *Oms Sulsona*, L. Oms Puig, *E. Pina Casas.*

Morovis: doctores *Pedro Rivera*, D. Córdova, *M. Herrero.*

Naguabo: doctores Clemente B. Mercado, *Casimiro García del Valle.*

Peñuelas: doctores M. B. Caballero, *E. Canino.*

Patillas: doctores José Daussá. *R. Vergue Castello.*

Ponce: doctores E. Vidal Rios, *M. de la Pila Iglesias.* R. López Nussa. Agustin Pietri. *G. Villaronga, P. Hernández. Florencio Suárez, Julio Ferrer, Guillermo Vives*, Vicente Santoni, *A. Ferrán.* L. Aguerrevere, U. S. Córdova, A.

Giol Texidor. M. Carratón Muñoz, Chas. Edw. Ruth, P. Salicrup, *Guillermo Salazar*, A. Santaella Costa, *Carlos Vogel*, Carlos Vives. *J. F. Costas Diaz, Antonio Mayoral*, Félix García de la Torre. *Manuel Lamela Alvarez.*

Quebradillas: doctor *Felipe A. Diaz*

Rio Grande: doctores Luis D. Otero, *Luis Pereira.*

Rio Piedras: doctores *V. Flores Arrieta, José Marcano*, L. P. Orcasitas, *Angel M. García.*

Salinas: doctores A. Godwin Merhof, *A. Paniagua.*

San Germán: doctores L. Rodríguez Ferrer, E. Quiñones Carmona, Rafael Vera. *E. F. Otis*. Eurípides López, Arturo Biaggi.

Sabana Grande: doctor *Felix Tió.*

San Lorenzo: doctores L. García Lugo, Simón Moret.

San Sebastián: doctores *J. A. Franco*, Rodríguez Cancio.

Santa Isabel: Dr. *José González.*
Toa Baja: Dr. *P. Bonelli.*

Utuado: doctores Adrián Cueto, Mariano Caballero, Agustin Diaz.
Vega Alta: Dr. José M. Santiago.

Vega Baja: Dr. *José H. Amadeo*, Dr. Juan S. Morales.

Vieques: doctores *G. Carreras, J. S. M. Pressly.*

Yabucoa: doctores *J. E. Berríos, Diego Román Diaz.*

Yauco: doctores *Jacinto Zarrat, Rafael Gatell*, Ramón L. Rodríguez, *Pedro Malaret, Palmira Gatell*. Dario Franceschi, Manuel García.

San Juan: doctores Gomez Valencia, *E. Coronas*, E. Raimond Hilderth, Ed. Huntington. *José A. Vazquez*, U. R. Wehn, *José Chacar*, Elisa Rivera, *R. Velez Lopez. G. Carrera, C. Coll y Toste. R. Ruiz Arnau. R. del Valle Rodríguez. F. Matanzo. Lugo Viñas, Gustavo Muñoz, Francisco Rivero, W. E Lippitt, Reguero Felió, Fernando González. M. Quevedo Baez, Francisco Goenaga*. P. Gutierrez Igaravidez, *José M. Cueto, José N. Carbonell, E. Font y Guillot*, E. García Cabrera, *Jhod S. Browne, Jorge del Toro, Guillermo Curbelo, José Gómez Brioso, José C. Barbosa. Francisco del Valle, Pedro del Valle. L. García de Quevedo, Narciso Doval. E. Verges Casals, Salvador Ross, Francisco J. Hernández. Felipe B. Cordero. V. Llovet. S. González Martinez. José S. Belavol, A. Molina S. Remy, Ana Janer Palacios, M. A. Frias. Salvador Giuliani, Walter A. Glines. Jesús Monagas, José Carballeira, Jacinto Avilés. José E. Saldaña. E. K. Ashford, Rafael López Sicardó. J. López Antongiorgi. José Guzmán Soto*, Jacobo Calvelas.

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.

Año VIII. | FEBRERO DE 1911. | Número 77.

SUMARIO.

ACTA

DE LA ASAMBLEA CELEBRADA EN SAN JUAN EN LOS DIAS 17 Y 18 DE DICIEMBRE PASADO.

(Conclusión)

Al ser aprobadas las bases del Fondo de protección médica, los Sres. que componen la ponencia de la Ley Sanitaria, anuncian que su labor está terminada, solicitando sean consideradas por la Asamblea las bases de un proyecto con aquél fin, las que fueron ampliamente discutidas, y con las enmiendas introducidas se transcriben á continuación:

Centralización de los Servicios Sanitarios.

BASES

1a. Se acuerda por mayoría la centralización de los Servicios Sanitarios; disponiéndose que sean pagados por el "Gobierno Insular."

2a. Servicios de Beneficencia Municipal quedarán separados de la organización Sanitaria y á cargo de los Municipios.

Organismos Sanitarios.—Una Junta Superior de Sanidad.

3a. La Junta Superior de Sanidad, actuando con funciones consultivas y reglamentación de los servicios. Se compondrá de:

Un Presidente médico.

Tres Vocales, médicos.

Un Ingeniero Sanitario.

Un perito químico farmacéutico.

Un Abogado.

Un Director General de Sanidad.

4a. Este funcionario asumirá el cargo de Presidente de la Junta Superior de Sanidad.

Un médico Secretario de la Directiva de Sanidad.

5a. Estará encargado de la Sección de estadística demográfica.

Sección de Laboratorio químico y bacteriológico.

6a. Un Servicio de Laboratorio químico y bacteriológico compuesto de:

Un jefe de Laboratorio y un Auxiliar.

Sección de Biología.

7a. Se establecerá un Laboratorio Bacteriológico, de Sueroterapia, Vacunas, Profilaxis de enfermedades Tropicales y Transmisibles, facultándose al director general de Sanidad para que establezca todos los servicios que conduzcan á la mejor garantía de la salud pública.

8a. El organismo Central será nombrado con el consejo y consentimiento del Consejo Ejecutivo, y la Junta Superior de Sanidad lo será por el mismo Gobernador á propuesta del director de Sanidad.

9a. El Director de Sanidad creará Hospitales cuarentenarios y de Higiene.

10a. División de la Isla en cuatro Distritos Sanitarios. Norte Sur, Este y Oeste, la cual será hecha por la Dirección de Sanidad.

11a. Se creará un cuerpo de Médicos inspectores de Sanidad para esos servicios; uno para cada Departamento y se llamarán Inspectores de Sanidad.

Zonas Sanitarias.

12a. Serán creadas por el Director de Sanidad tantas zonas cuantas juzgue oportuno y cada una de ellas será atendida por un médico que se denominará Oficial de Sanidad.

13.a El nombramiento de los Inspectores de los Departamentos Sanitarios y de los oficiales de Sanidad corresponde al Director de Sanidad.

14. Juntas Departamentales de Consejo higiénico y sanitario. Serán designadas por la Dirección de Sanidad cuatro juntas de consejo higiénico departamentales, reguladas por dicha Dirección con atribuciones para conocer y recomendar medidas de interés local que no estén en conflicto con las disposiciones de este proyecto.

15a. Policía Sanitaria.

Se autoriza al Director general de Sanidad para crear un cuerpo de Policía Sanitaria que responderá eficazmente á las necesidades de esta Ley y de su aplicación.

16a. Oficinas Locales de desinfección é higiene.

Se creará por la dirección de Sanidad una oficina en cada zona sanitaria provista del material necesario y regida por el Oficial de Sanidad de la zona.

Sección de Veterinaria.

18a. Se encarece la necesidad de la preparación de un reglamento que regule la práctica de la desinfección y de la de los embalsamamientos, inhumaciones y transporte de cadáveres.

Código Penal Sanitario.

19a. La dirección de Sanidad, oída la Junta de Sanidad, presentará á la Legislatura, un proyecto de Código Penal Sanitario.

El Dr. Barreras pide la palabra para proponer á la Asamblea un voto de gracias á los Sres. que componen la ponencia por su fecunda labor, que es acordado por unanimidad.

Igualmente propone otro voto de confianza para la Junta Directiva que la Asamblea de pié acuerda también unánimemente.

Y no habiendo otros asuntos de que tratar el Presidente declara cerrada la sesión y disuleta la Asamblea.

El Sr. Presidente de la "Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. Font y Guillot, ha dirigido las siguientes circulares á todos los compañeros de la Isla, asociados y no asociados:

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

Sr. Dr. Don........

San Juan, Marzo 1o., de 1911.

Distinguido compañero:

"La Asociación Médica de Puerto Rico", después de ocho años de labor sostenida y creciente, en favor de los intereses profesionales, llega á ver próxima la realización, del que fué primer objetivo á perseguir y alcanzar por los iniciadores de nuestra hermosa colectividad. Tal es: el de ampararnos y defendernos en los comunes intereses económicos, amenazados y puestos en conflicto siempre, por complejas y muy variadas circunstancias.

Velar por ellos durante la penosa vida del médico, llena de abnegación y sacrificios: cuidarlos y defenderlos mientras perma-

nece en pié en la lucha sobrehumana contra la enfermedad y la muerte; alentado por la salud, aunque camino de ese calvario, que tiene que recorrer en la práctica de su noble profesión; todo esto ha sido y es empeño perenne, aspiración indeclinable de los hombres que, hasta hoy, han venido dirigiendo los destinos de esta Asociación.

Pero amparar estos intereses después que el compañero ha caido en la sima de la tumba, cuando el mandato supremo de la Naturaleza ha paralizado todas las energías y sumergido en el silencio del no ser cuanto fué caudal de heroismo, de virtud y de bien; defender en su ausencia de siempre á los seres que con el médico compartieron en el hogar las duras pruebas del trabajo, las alegrías y las tristezas, que la profesión lleva consigo; velar por la esposa desolada y por los hijos huérfanos; es lo que aún no hemos logrado y tras lo que se dirigen los esfuerzos de la Asociación, al dar vida en su seno al "Fondo de protección Médica," especie de seguro, que aliviará los rigores del infortunio, y consolará á los que quedaron, por regla general, pobres, sin más amparo moral que el simbolizado en un apellido ilustre y honrado.

Con ese proyecto queda en el surco la simiente del bien. La mano previsora de la Asociación Médica la echa en campo fecundo, para que, con la iniciativa y el concurso entusiasta de todos los comprofesores residentes en Puerto Rico, germine, crezca y se desarrolle. Ella, semilla de bondad, grano de trigo de protección, será más luego, pan de caridad; nacido en tierra que removieron en el curso de una vida llena de afanes y de sacrificios, exponiendo todo goce, toda hora de paz y de felicidad, comprometiendo la salud y hasta la propia vida; sin otro imperativo que el deber y sin otra recompensa que.... unas miserables monedas, las más regateadas y otras, el amargor de la ingratitud y el frío de la indiferencia; á cuyo bajo precio nos compraron una cantidad inmensa de estudio, de vigilias y de bienestar.

Así pues, distinguido compañero, á su cariño á la Asociación, á la mejor consideración que pueda prestarle á este proyecto laudable y útil; confiamos estas ideas, esperando su franca y generosa acogida.

El último número de nuestro Boletín inserta las bases de ese acariciado "Fondo de protección." Analícelo y proceda con su mejor y discreta determinación á esa elevada finalidad.

Nos reiteramos de Ud. atto. amigo y compañero que b. s. m.
ELISEO FONT Y GUILLOT,
Presidente de la Asociación.

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
San Juan, Marzo 3, de 1911.

Sr. Dr. Don........

Distinguido compañero:

Cnmpliendo un acuerdo de la última Asamblea celebrada en San Juan, en los días 17 y 18 de Diciembre retro-próximo, la Junta Directiva, que presido, ha señalado el día 26 de Marzo corriente, para que tenga efecto en la ciudad de Mayagüez la Asamblea científica reglamentaria; y, al propio tiempo constituir la Asociación Médica de Distrito, en armonía con los estatutos de la Asociación Médica Americana, á la que ha sido incorporada nuestra Asociación Insular, en virtud de otro acuerdo de la precitada Asamblea.

Para metodizar el trabajo, las sesiones serán reguladas por la siguiente orden del día:

1o—Constitución de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez.

2o—Conferencia por el Dr. Don Eusebio Coronas (Representante de Puerto Rico en el último Congreso Internacional de Tuberculosis celebrado en Barcelona) acerca de las modernas orientaciones de la Patogenia y Profilaxis de la Plaga Blanca.

3o—Tratamiento de la Tuberculosis laríngea por la ignipunctura eléctrica por el Dr. Don Francisco H. Rivero.

4o—Dispensario y "Gotas de leche" en el tratamiento y profilaxis de la Tuberculosis, por el Dr. Don Manuel Quevedo Báez.

5o—Consideraciones sobre la existencia del "Beri-beri" en Puerto Rico por el Dr. Don Gustavo Muñoz Díaz.

6o. Concepto patogénico y clínico de la "Malaria Nostras", por el Dr. Don Guillermo Salazar.

7o—Papel que desempeña la "uncinariasis" en la patogenia de algunas psicopatías y sindrome de las mismas por el Dr. Eliseo Font y Guillot.

8o—Todos los trabajos de cualquier médico asistente, ó nó, á la Asamblea, cuyos autores personalmente ó por delegación los presentare nal constituirse la mesa que ha de presidirla, ó pidieren turno para una conferencia oral.

Esa Asamblea de la ciudad de Occidente, por las proporcio-

nes que ha de asumir, por la importancia de los temas á analizar y discutir, por la representación y calidad de los elementos médicos que allí han de congregarse, ha de resultar un acto de excepcional interés y de resonancia trascendental en la clase médica.

A ella debemos ir todos, á ofrecer á nuestro país el hermoso ejemplo de una intensa vida colectiva, á discutir problemas biológicos y á unir voluntades para "echar á andar" á nuestra Asociación con paso firme hacia el progreso.

Allí nos reune, nos llama y nos ata un estímulo solidario poderoso. ¡La Ciencia!....

Reciba, estimado compañero, el testimonio de la consideración más distinguida, reiterándome de Vd. atto. amigo q. b. s. m.,

ELISEO FONT Y GUILLOT
Presidente de la Asociación.

MALARIA NOSTRAS.

Tal es la denominación con que nuestro excelente amigo é ilustrado compañero el Dr. Guillermo Salazar, de Ponce, nos describe en un interesantísimo foleto un tipo especial de fiebre contínua frecuente en el país.

Al individualizar esta entidad morbosa y colocarla dentro del marco de las fiebres palúdicas, preconizando la acción específica de la quinina sobre ellas, el Dr. Salazar reivindica, hasta cierto punto—y así lo afirma en la introducción de su trabajo—la conducta terapéutica de nuestros venerables predecesores cuando administraban sistemáticamente aquél alcaloide en todas las fiebres continuas y prolongadas de las comarcas tropicales.

Nosotros, que por ahora estamos bien lejos de compartir las opiniones sustentadas por el distinguido colega ponceño, hemos librado y seguiremos librando vigorosa campaña contra la administración empírica de las sales químicas como específicas de fiebres en las cuales no se haya demostrado la presencia indubitable de los cuerpos plasmodianos de Laverán.

Esta opinión, sin embargo, no es un obstáculo para impedirnos recomendar con calor y entusiasmo la lectura del concienzudo trabajo de nuestro talentoso amigo.

El ha descrito perfectamente el cuadro sindrómico, ha señalado con maestría las síntomas patognomónicos, ha discutido con lógica

admirable el diagnóstico diferencial y ha marcado con precisión las líneas generales de una terapéutica específica.

Y no podría suceder de otro modo. El Dr. Salazar llega al campo de la investigación mejor armado que los cultísimos clínicos, paisanos nuestros, de generaciones pasadas. Ellos no pudieron disponer de los preciosos recursos de Laboratorio que los admirables progresos de la Medicina pusieron en manos de mi querido y joven amigo; y mientras se vieron obligados á desenredar la intrincada madeja de síndromes sin más luz para deslindar las entidades nosológicas, que su hábil y perspicaz observación de repetidos y similares cuadros morbosos, el Dr. Salazar, más afortunado que ellos, pudo traer en su ayuda la luz nítida y penetrante de las poderosas lentes de soberbios microscopios. Y con tal arma al brazo, apoyado sobre las bases firmes de una observación clínica juiciosa y paciente, y guiado por su criterio terapéutico, señala un parásito, separa síntomas, deslinda cuadros nosológicos y nos presenta completo y bien definido un nuevo tipo febril llamado por él MALARIA NOSTRAS.

He ahí su obra. Es meritísima y digna de nuestras calurosas felicitaciones. Pero necesita pasar por el crisol de otros investigadores, cuando menos en lo que se refiere á la etiología y patogenia del proceso.

Hemos dicho que nuestra opinión no concordaba con la suya; y en efecto, francamente confesamos que tan excelente amigo no ha podido convencernos de que dichas fiebres sean *palúdicas*. Pero nos guardaremos muy mucho de entrar en controversia sobre esta materia, sin antes haber repetido las observaciones del Dr. Salazar, con el mismo cuidado que fueron realizadas por él y acompañándolas de una investigación completa en el Laboratorio.

No es, pues, el momento de discutir. Quizás los que á *priori* somos hoy sus adversarios, seamos mañana, cuando la observación y el laboratorio nos hayan despejado las incognitas, sus más fervientes partidarios.

Pero sí es oportuno señalar á mi querido amigo una importante laguna en su hermosa obra, laguna que si él hubiera podido llenarla habría quizás disipado muchas dudas y le colocaría en posición más ventajosa para defender la naturaleza palúdica del tipo febril que tan admirablemente nos ha definido.

En efecto: el Dr. Salazar olvidó decirnos cuales son las reacciones tintoriales de su parásito, sobre todo frente á las coloraciones derivadas del método de Romanowsky, como Jenner, Wright,

Leishman, Hasting, Giemsa, Merino, Laverán, etc. etc.; pues sabido es que la observación del Hematozoario en sangre fresca no es el mejor método de diagnóstico del paludismo, sobre todo con las formas más jóvenes del parásito, porque no evita la comisión de errores aún á los más expertos hematólogos; y que sólo las coloraciones á que me he referido resuelven de plano semejantes dificultades.

Y tanto más lamentamos dicho olvido, cuanto que tememos, al repetir las investigaciones del reputado galeno del Sud, tropezar con serios obstáculos para llegar al conocimiento de su original forma de hematozoario.

Y vamos á terminar felicitando al compañero por su meritísima labor y prometiéndole encaminar nuestras futuras investigaciones por los mismos senderos que él, deseando mejor comprobar sus conclusiones antes que confirmar nuestras dudas actuales.

Dr. GONZALEZ MARTINEZ.

San Juan, 12 de marzo de 1911.

LEY DE SANIDAD.

Artículo 1.—Por la presente se crea el Servicio de Sanidad en Puerto Rico, que constará de un Director de Sanidad, de una Junta Insular de Sanidad y del personal necesario para las varias oficinas que autoriza esta Ley.

Artículo 2.—lE Director de Sanidad será el jefe del Servicio de Sanidad de la Isla, así como también el oficial ejecutivo de la Junta Insular de Sanidad, con facultades para inspeccionar todo el servicio sanitario en la isla de Puerto Rico.

Artículo 3.—El Director de Sanidad deberá ser un médico debidamente autorizado para ejercer la profesión y que haya ejercido ésta en la Isla por cinco años á lo menos. Será nombrado por el Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones con la aprobación del Gobernador. Desempeñará su cargo mientras observe buena conducta, y gozará de un sueldo de cuatro mil dollars anuales.

Artículo 4.—El Director de Sanidad tendrá el deber de hacer cumplir todas las resoluciones, órdenes y disposiciones que dimanen de la Junta Insular de Sanidad. Tendrá facultades para ordenar la traslación, á los sitios que determinare la Junta Insular de Sanidad, de todas las personas que padezcan enfermedades contagiosas ó infecciosas ó cualquier otra dolencia de propagación rápi-

da, en la forma que se prescribiere hasta que el peligro del contagio hubiere desaparecido. Tendrá á su cargo la inmediata dirección é inspección de hospitales para el tratamiento de casos sujetos á cuarentena, y tendrá el derecho de convertir en hospitales provisionales las casas y edificios que se necesitaren, no siendo obstáculo para ello la indemnización que hubiere de pagarse al dueño de la propiedad, debiendo fijarse dicha indemnización en la forma que la ley dispone para esos casos. Tendrá además autoridad para tomar las medidas necesarias á fin de evitar la propagación de las enfermedades epidémicas, así como las de animales domésticos que sean susceptibles de transmititrse al hombre; Dispcniéndose que, en caso de que una epidemia amenazare á la Isla, el Director de Sanidad tendrá poderes, una vez publicada por el Gobernador una proclama anunciando la existencia de la epidemia, para tomar las medidas necesarias á fin de combatirla, y en tal caso, todos los gastos de personal y material que origine la epidemia, serán por cuenta del Gobierno Insular.

Artículo 5.—El Director de Sanidad presentará, después del 30 de Junio y antes del primero de octubre, un informe anual al Gobernador de Puerto Rico, para que sea transmitido á la Legislatura, en que se expondrán los servicios sanitarios que se hubieren realizado y las condiciones sanitarias que prevalecieren entonces en la isla de Puerto Rico.

Artículo 6.—El Director de Sanidad prestará atención á todas las cuestiones que afecten á la salud pública; dictará medidas sanitarias de carácter general y especiales profilácticas de las enfermedades transmisibles; publicará informaciones adecuadas acerca de enfermedades reinantes y epidemias.

Artículo 7.—El Director de Sanidad tendrá facultades para nombrar, trasladar ó separar por justa causa, con la aprobación de la Junta Insular de Sanidad, los empleados cuyos nombramientos no se dispusieren de otro modo en esta Ley; Disponiéndose que no será necesaria dicha aprobación para nombrar, trasladar ó separar empleados temporeros.

Artículo 8.—Será el deber del Director de Sanidad inspeccionar ó hacer que se inspeccionen periódicamente todos los servicios sanitarios, incluyendo el de higiene especial en todos los municipios de la Isla.

Artículo 9.—El Director de Sanidad someterá á la consideración y aprobación del Consejo Ejecutivo de Puerto Rico los reglamentos que la Junta Insular de Sanidad dictare para dar cumpli-

miento á las disposiciones de esta Ley. Dichos reglamentos, una vez aprobados y publicados en dos periódicos de general circulación en la Isla, tendrán fuerza y efectos legales.

Artículo 10.—El Director de Sanidad será sustituído en caso de ausencia ó enfermedad, por el Presidente de la Junta Insular de Sanidad.

Artículo 11.—Para dar cumplimiento á sus deberes, el Director de Sanidad exigirá los informes y datos necesarios, á los funcionarios públicos y á los administradores, arrendatarios ó inquilinos de cualesquiera establecimientos públicos ó particulares ó de las empresas de transporte, quienes deberán suministrar dichos informes y datos; y en caso de que así dejaren de hacerlo, será considerados, al ser convictos por una corte de jurisdicción competente, culpables de un delito menos grave (misdemeanor) y castigados de conformidad.

JUNTA INSULAR DE SANIDAD.

Artículo 12.—Por la presente se crea una Junta Insular de Sanidad, que se compondrá de un Presidente, el cual será un médico que haya ejercido como tal en Puerto Rico durante cinco años por lo menos, y de otros seis miembros, á saber: tres médicos debidamente autorizados para ejercer su profesión en la Isla, un abogado, un ingeniero y un perito químico ó farmacéutico. El Presidente y miembros expresados de l Junta Insular de Sanidad serán nombrados por el Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones, con la aprobación del Gobernador, por un término de dos años y hasta que sus sucesores hayan sido nombrados y hayan tomado posesión. La Junta Insular de Sanidad celebrará sesiones ordinarias en la primera semana de cada mes, y las extraordinarias que fueren precisas para el despacho de los asuntos, estando obligado el Presidente á citar previamente por escrito para dichas reuniones. Una mayoría de los miembros de la Junta constituirá *quorum*. En caso de que no hubiere *quorum*, á pesar de haber sido notificados los miembros de la Junta con una semana de anticipación, los acuerdos de ésta serán válidos si se tomaren con la asistencia de tres de los miembros. Los miembros de la Junta Insular de Sanidad gozarán de una remuneración de cinco dollars ($5.00) diarios cuando asistan á las sesiones, y de quince dollars ($15.00) diarios cuando se hallaren ocupados, fuera de la ciudad de San Juan, en el desempeño de una comisión autorizada. Esta remuneración no les privará de su derecho á que se les reintegren los gastos efectivos de viaje de conformidad con los reglamentos. Los miembros

natos que disfrutaren un sueldo determinado, no percibirán ninguna otra remuneración fuera de sus sueldos, dietas y gastos de viaje.

El Presidente de la Junta Insular de Sanidad será el Jefe del Negociado de Estadística Demográfica, y, en la ausencia del Director de Sanidad, asumirá los deberes de ese funcionario, y recibirá un sueldo anual de tres mil dollars ($3,000.00).

Artículo 13.—La Junta Insular de Sanidad nombrará un Secretario, y determinará los deberes de éste. Dicho Secretario disfrutará de un sueldo anual de dos mil cuatrocientos dollars ($2,400.00).

Artículo 14.—La Junta Insular de Sanidad deberá dictar los reglamentos y disposiciones sanitarias aplicables á todos los municipios de Puerto Rico, con el fin de prevenir y suprimir las enfermedades contagiosas y epidémicas; destruir los vehículos de propagación del paludismo, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, é intervenir en cualquiera otro servicio que afectare la salud pública, como el abastecimiento de agua, alimentos y bebidas, construcción de edificios en la población, ventilación, drenaje é instalaciones de plomería sanitarias, hoteles, posadas, casas de huéspedes, casas de dormir, cafés, restaurants, fondas, cantinas, casas de vecindad, casas privadas, casas en general, escuelas, fábricas y talleres, establecimientos industriales y peligrosos, insalubres ó incómodos, mataderos y matanza, mercados, carnicerías, basuras, transporte de basuras y abonos, limpieza de letrinas y sumideros, vías públicas, ferrocarriles, tranvías, hospitales casas de salud, sanatorios, animales y ganado, sanidad é higienen rurales, enfermedades transmisibles, cadáveres, cementerios, inhumaciones y exhumaciones, autopsias, embalsamamientos, transporte de cadáveres, barberías y peluquerías, baños públicos, plantaciones y depósitos de leche.

Artículo 15.—La Junta Insular de Sanidad, por sí, ó por medio de sus agentes, tendrá el derecho de inspeccionar, á cualquier hora, la Colonia de Leprosos y los dispensarios y sanatorios antituberculosos que el Gobierno Insular sostenga, y á hacer indicaciones y recomendaciones respecto al emplazamiento y administración de los mismos.

Artículo 16.—La Junta Insular de Sanidad tendrá la facultad de emplear personas competentes para desempeñar servicios especiales sanitarios; de nombrar comisiones á fin de practicar estudios é investigaciones especiales que requieran conocimientos especiales, y de investigar cualesquiera habitaciones insalubres en los munici-

pios de Puerto Rico, informando sobre as condiciones sanitarias de las mismas, y haciendo en cada caso las recomendaciones que se estimaren convenientes para obtener la salubridad de dichas habitaciones. Dichas investigaciones se practicarán siempre de día, después de obtenerse el permiso del inquilino de la habitación de que se trate. Si éste rehusare dar el permiso, se pedirá á la autoridad judicial competente la orden necesaria para entrar, mediante declaración jurada de que existe una causa probable para ello.

Artículo 17.—El Director de Sanidad nombrará, con la aprobación de la Junta Insular de Sanidad, cuatro Inspectores de Sanidad quienes deberán ser médicos con licencia, que hayan practicado su profesión en Puerto Rico durante tres años á lo menos, y los cuales desempeñarán sus cargos mientras observen buena conducta, y tendrán un sueldo anual de tres mil dollars ($3,000). Los Inspectores de Sanidad no ejercerán su profesión particularmente. Tendrán el deber de inspeccionar las condiciones sanitarias de sus distritos respectivos, y de informar con regularidad al Director de Sanidad. A los fines sanitarios, se dividirá la Isla por la Junta Insular de Sanidad en cuatro Distritos Sanitarios, que serán conocidos con los nombres de Distrito del Norte, Distrito del Sur, Distrito del Este y Distrito del Oeste, cada uno de los cuales estará á cargo de un Inspector de Sanidad. Para llevar á cabo este servicio, el Director de Sanidad creará en la cabecera de cada Distrito y bajo la inspección del Inspector de Sanidad, una Oficina de Saniدad, á la cual se proveerá del personal, equipo y material necesarios.

Artículo 18.—Por la presente se crea un Laboratorio Qnímico Bromatológico á cargo de un Químico Farmacéutico, que será nombrado por el Director de Sanidad, con y mediante la aprobación de la Junta Insular de Sanidad, y el cual ejercerá su cargo mientras observe buena conducta, y gozará de un sueldo anual de dos mil dollars ($2,000.00). El Laboratorio Químico Bromatológico tendrá un Químico Auxiliar y el personal que fuere necesario para atender propiamente á los servicios, así como el material adecuado para desempeñarlos. El Laboratorio estará bajo la inspección inmediata del Director de Sanidad, quien, en cada caso, dictará y regulará las medidas que deban tomarse.

Artículo 19.—Por la presente se crea un Laboratorio de Biología, que estará bajo la inmediata inspección del Director de Sanidad y á cargo de un Bacteriólogo nombrado por el Director de Sanidad, con y mediante la aprobación de la Junta Insular de Sanidad.

Dicho Bacteriólogo desempeñará su cargo mientras observe buena conducta, y gozará de un sueldo anual de das mil quinientos dollars ($2,500.00). El Laboratorio Biológico tendrá un médico Bacteriólogo Auxiliar y el personal necesario para llevar á cabo el trabajo requerido, y estará asimismo provisto de todo el material exigido por dicho trabajo. Corresponderá al Laboratorio preparar linfas vacunas, virus y sueros; practicar análisis bacteriológicos de comprobación diagnóstica, exámenes patológicos é investigaciones sobre enfermedades tropicales y transimisibles y su profilaxis; Disponiéndose que por la presente se faculta al Director de Sanidad para establecer los servicios transitorios que la salud pública exigiere.

Artículo 20.—Se empleará un Ingeniero Sanitario para el desempeño de las funciones relacionadas con el Seraicio de Sanidad. El Ingeniero Sanitario será nombrado por el Director de Sanidad, debiendo acreditar su capacidad profesional por medio de un diploma debidamente autorizado. Recibirá un sueldo anual de tres mil dollars ($3,000.00).

Artículo 21.—Además de los funcionarios mencionados en esta Ley, serán nombrados por el Director de Sanidad, con la aprobación de la Junta Insular de Sanidad, cuatro Inspectores de alimentos, drogas, líquidos y otras bebidas, uno para cada Distrito Sanitario; cuatro Inspectores Veterinarios, uno para cada Distrito Sanitario y dos Inspectores de Plomería, uno para cada dos Distritos. Los Inspectores de Plomería estarán bajo las inmediatas órdenes del Ingeniero Sanitario. Dichos empleados deberán poseer la necesaria capacidad profesional, y recibirán el sueldo que fuere aprobado por el Consejo Ejecutivo para el año económico siguiente: Disponiéndose que los Inspectores de alimentos, dregas, líquidos y otras bebidas deberán ser Químicos ó Farmacéuticos.

(Concluirá.)

Hidrocele, Etiología y Tratamiento.

Este trabajo tiene el principal objeto de atraer la atención de mis colegas de los países tropicales con particularidad, hacia esta afección vista con algo de indiferencia hasta aquí, y que si bien es verdad que su tratamiento ha llegado á simplificarse y perfeccionarse, su etiología es aún oscura. Esto último á pesar del gran número de casos que para su estudio se nos presentan á diario en los hospitales y en nuestra clínica particular.

Examinados 210 individuos en las galeras de la Penitenciaría de San Juan, encontramos 47 afectados de hidrocele, ó sea un 22.4%. Esta cifra de promedio que en realidad es crecida, podía aún aumntarse en otras circunstancias si recordamos el número de casos que desfilan en los hospitales y en nuestros consultorios particulares, los menos buscando tratamiento para la afección y los más accidental y completamente despreocupados de su padecimiento.

Así pues, esta afección que hasta hoy ha sido confirmada con una etiolcgía limitada á inflamaciones del testículo, por causas diversas, traumatismos, dilatación y relajaciones de los tejidos del escroto por la acción del clima cálido, convirtiendo así la afección en una de los trópicos especialmente, cuenta indudablemente hoy con un factor etiológico de la mayor importancia; me refiero á la filaria sanguinis hominis.

Todos hemos tenido ocasiones de operar casos de elefantiasis del escroto con los que siempre hemos visto coincidir el hidrocele. Como en el caso siguiente por ejemplo: A. Vázquez, 22 años, natural de Arecibo, presenta una elefantiasis del escroto de enormes dimensiones, del cual es operado en el Hospital de Arecibo por el Dr. M. Figueroa quien le extirpó 12 libras de tejido linfático elefantiásico encontrando además un hidrocele doble que fué también operado. Este caso es solo uno de los muchos que podríamos citar en unión á otros en que se han presentado además del hidrocele una ó más manifestaciones de filariasis.

Ahora bien, ¿es el hidrocele una afección ó manifestación filariásica, ó es esto una simple coincidencia?

Aún no podemos contestar á esta pregunta categóricamente. Aceptado que el hidrocele es una enfermedad propia de los climas tropicales y sabido que es la filariasis mucho más frecuente que lo que hasta ahora hemos creído, en nuestros climas, parece lógico el pensar que el mayor número de casos sino todos son resultado directo de la filariasis y por lo tanto una manifestación de ésta.

El microscopio ha de hacer luz sobre este punto, y es á nosotros los médicos que trabajamos en este clima á quienes corresponde este estudio; mis investigaciones en este sentido confieso que son limitadas componiéndose de un corto número de casos en los que en los exámenes de líquidos han sido reportados como estériles, después de inoculaciones de conejos y conejillos de la India. Así pues, podemos decir en resúmen que la etiología del hidrocele está aún por determinar y que las investigaciones hasta aquí unidas á las

observaciones clínicas, parecen encontrar en la filariasis un factor importantísimo en la etiología del hidrocele.

En cambio, con el tratamiento quirúrgico no sucede así, y podemos decir que se ha perfeccionado y que se simplificado en los últimos años.

De los casos tratados quirúrgicamete en los últimos 4 años, he escogido 41 de los cuales 31 han sido operados en el Hospital de la Penitenciaría de San Juan y los 10 restantes son de mi clínica particular.

La historia clínica de estos casos, como la de todos los que hasta la fecha he operado, es tan poco variada y tan concisa que puede reducirse á pocas palabras; traumatismos (montar á caballo), afecciones gonocócicas de la uretra é idiopática en el mayor número de los casos. Entre los 20 y 35 años parece encontrarse el mayor número de casos aunque es algo difícil el determinar este punto por encontrarse un gran número de pacientes portadores de un hidrocele por períodos de 5, 10 y más años.

Entre mis casos, el 64% eran dobles, y la afección es más frecuente entre los de raza blanca.

Los 41 casos á que hice referencia fueron tratados por un solo procedimiento quirúrgico hablando en general, adaptando en cada uno ligeras modificaciones, según la circunstancia especial de cada caso.

La inversión de la túnica vaginal (Doyen, Jabulay) es sin duda el procedimiento de operación radical por excelencia y es el que usamos en nuestros 41 casos, teniendo en algunos de ellos necesidad de estirpar un pedazo de la túnica por tratarse de grandes sacos vaginales y de hidroceles antiguas.

Preparado el escroto y su vecindad, procedemos á la anestesia que hacemos localmente ó raquidiana, prefiriendo la primera con una solución de estovaína al 1%, intradérmica en la línea de la incisión y en el tegido celular subcutáneo así como en la capa fibrosa más profunda. El dolor local queda abolido completamente con este procedimiento, pero el dolor reflejo sobre el riñón y región ileo lumbar se haría intolerable en algunos casos si no se administrase media ó una hora antes de la operación una inyección hipodérmica de sulfato de morfina de 0.015 gm. y durante la operación depositamos en la cavidad de la túnica vaginal una solución de estovaína al ½%, después de vacía completamente del líquido amarilloso.

Hecha la anestesia practicamos la incisión de 2 ó tres pul-

gadas que atravesando la piel y capas inferiores llega hasta la túnica vaginal, procediendo á la separación en toda su extensión de la túnica fibrosa, lleno el saco (no en el espacio areolar ó fascia de Cooper), hasta el ligamento escroto-testicular, que dividimas completamente. Es absolutamente necesario observar estos dos detalles cuidadosamente pues de ellos depende el éxito de la operación.

Uno de nuestros casos, el único reproducido, fué el siguiente: S. R. fué operado de hidrocele, por el procedimiento de la inversión de la túnica vaginal, lado derecho, tomando un punto con Cat gut en ambos bordes de la túnica invertida; dado de alta curado á los 8 días; y á los dos meses se presentó con la hidrocele reproducida. Sometido á la operación radical nuevamente, y abierto el saco, aparece la colección de líquido exactamente en la cavidad de la túnica vaginal como en la ocasión anterior; examinado detenidamente el saco, excluímos la posibildad de un canal peritoneo-vaginal persistente, y encontramos que la túnica se había cicatrizado en el mismo punto en que fué incindida anteriormente, persistiendo aún completo el ligamento escroto testicular. Por tratarse de uno de nuestros primeros casos no dividimos este ligamento y habiéndose soltado el punto de cut gut, aquél hizo tensión entre los dos bordes de la túnica invertida trayéndola á su sitio otra vez. Siendo todo producido tal vez por movimientos bruscos del paciente al ser trasladado á su cama etc. y favorecido por una disección imperfecta del saco lleno, hecha tal vez en el espacio ereolar ó faccia de Cooper.

Repetida la operación no ha habido reproducción tres años después. Así pues consideramos de toda importancia estos dos tiempos de la operación para de esta manera poder garantizar el éxito en todos los casos. Una vez separado el saco en la forma expresada, sacamos del escroto el testículo y su túnica, después de vaciada, haciendo la inversión y tomando 2 puntos con cat gut No. 1 en los bordes de la túnica invertida, colocando todo en el escroto nuevamente y cerramos la incisión con varios puntos de sutura.

El paciente guarda reposo completo durante dos días, al cabo de los que puede ir á un sillón; retirados los puntos á los 5 días, el paciente es dado de alta pronto.

En los primeros días después de operado el testículo y túnica, aumentan de volúmen por un proceso de reacción quirúrgica aséptico, pero á los 8 ó 10 días están ya del tamaño normal, verificándose más tarde la absorción ó atrofia de la túnica invertida, y apareciendo el testículo más ó menos del tamaño del compañero en el

caso del hidrocele sencillo. El procedimiento operatorio como hemos visto es rápido y fácil no debiendo invertirse en él más de 5 ó 10 minutos, en condiciones ordinarias.

En un gran número de mis pacientes, especialmente en aquellos que padecían de la afección durante muchos años, he podido observar un cambio en su salud general algún tiempo después de operados, aumentando su peso. Indudablemente que la presencia del líquido en una cavidad serosa dotada de un poder de absorción comprobado ya por el hecho de la reacción del organismo después de las inyecciones con sustancias químicas, si recordamos este medio de tratamiento por el ácido carbólico ó el yodo, nos induce á creer en la posibilidad de la entrada por dicha serosa de sustancias ligeramente tóxicas que por su persistencia han de producir necesriamente algún efecto en el organismo en general.

Un ejemplo muy marcado es el siguiente: D. M., de 70 años de dad, caquéctico emaciado, presenta un doble hidrocele del tamaño de un melón, que le ha acompañado por un período de 15 años; es operado, excindiéndole un buen pedazo de túnica vaginal é invirtiéndole el resto. A los catorce meses de operado el paciente ha ganado 15 libras, y su aspecto general mejoró un 25%, sintiéndose mejor en general: este paciente estuvo en las mismas condiciones antes y dspués de operado en lo que se refiere á sus alimentos y demás, por tratarse de un recluído en la penitenciaría.

En resúmen, podemos afirmar: que la etiología del hidrocele en los climas tropicales es un punto aún oscuro y ofrece un vasto campo de estudio debiendo ser dirigidas las investigaciones en sentido de la filaria sanguinis hominis como gran factor etiológico de la afección. Que un gran número de nuestra población padece de ella, (el 22.4% en los individuos examinados). Que su tratamiento quirúrgico por el procedimiento de la inversión de la túnica vaginal, (Doyen Jabulay) con anestesia local, teniendo presente la disección completa de la túnica, separándola de la fibrosa, así como dividiendo el ligamento escroto-testicular, no ofrece dificultad alguna.

Que la presencia del líquido en la cavidad de la túnica vaginal durante mucho tiempo acaba por provocar por su absorción contínua y lenta en el organismo una condición de vitalidad disminuída que puede llegar á la caquexia.

Con el procedimiento operatorio, podemos garantizar el éxito en el 100 por 100 de nuestros casos siempre que se tengan los minuciosos cuidados que hemos citado, convirtiendo de esta manera

el tratamiento del hidrocele en un punto de muy ligera importancia en lo que al paciente se refiere.

Esto excluye los casos en que hay necesidad de resecar la túnica entera.

Dr. LOPEZ ANTONGIORGI.

NOTICIAS

Suplicamos un poco de benevolencia á nuestros lectores por el retraso en la salida de este número. Nuestro deseo de comenzar á publicar la Ley de Sanidad, aprobada últimamente por la Legislatura, tomándola del "original", pues algunas publicaciones que se han hecho de la misma por parte de la prensa política tienen algunos errores, ha sido la causa de dicho retraso. El número de Marzo ya está en prensa y también hemos dado á la imprenta los originales correspondientes al número de Abril.

Ha sido dado de baja, en cumplimiento del Art. 10 del Reglamento de la Asociación Médica, el Dr. M. Blazquez, que ejerce en Manatí.

Se suplica á los compañeros á quienes el Sr. Tesorero ha dirigido una circular referente al artículo 10 de nuestro Reglamento, en que están comprendidos con exceso dichos compañeros, se sirvan contestar á la mayor brevedad si están dispuestos ó no á que se borren sus nombres de la lista de Asociados, esto es, á cumplir ó no con el compromiso que tienen contraido respecto de nuestra Asociación.

El Balance practicado por la Tesorería de la Asociación en el mes de Febrero arroja la cantidad de $1,051.74.

Relación de los médicos que residen en P. R.

ENERO 1911.

Adjuntas: Dr. **Celso Caballero**

Aguadilla: Dres. Manuel Figueroa, **Miguel Roses Artau**, **Francisco M. Susoni**, R. Boid, **Fernando Alemán**, **Manuel M. Roselló**, Luis C. Boneta, **P. Ramos Casellas.**

Añasco: Dr. **Manuel Dueño.**
Arroyo: Dr. **M. Rovellat Canals** y Dr. Juan Trujillo.
Barceloneta: Dr. **Aguirre.**
Barranquitas: Dr. **Gil Ponce de León,** Dr. Angel M. García.
Barros: **Dr. Gregorio Santo Domingo.**
Bayamón: Dres. **M. Fernández Nater, Agustín Stahl, Manuel Fosas,** Aurelio Lassaleta, Jesús Ma. Amadeo, A. Santana Náter, S. Stephenson, Willis Stephenson, **Leopoldo Figueroa.**
Cabo Rojo: Dres. **Atilio Gaztambide, Félix M. Vilella.**
Camuy: Dr. **Felipe A. García.**
Caguas: Dres. Manuel Jiménez Cruz, P. Jiménez Sicardó, Víctor Coll y Cuchí, **Mora Vahamonde, Víctor Gutierrez Ortíz.**
Carolina: Dres. **J. Aubray, C. Fernández.**
Cayey: Dres. **Antonio Villeneuve, José Martí,** Tomás M. Foley.
Ciales: Dr. **Francisco Martínez.**
Coamo: Dres. **Leonardo Igaravídez,** Florencio Santiago, Juan Santiago Torres, **Arsenio Vallecillo.**
Comerío: Dres. **Martín O. de la Rosa,** A. Umpierre.
Corozal: Dres. **A. Bou de la Torre, Miguel Herrero.**
Culebra: Dres. G. W. Shepherd, P. R. Stalnak.
Fajardo: Doctores **Santiago Veve,** Miguel S. Veve, J. M. Saldaña, Juan Veve, F. Vizcarrondo, José Díaz.
Guayanilla: Dr. **Manuel Zavala Rodriguez.**
Gurabo: Dr. Félix Villamil.
Guánica: Dr. **H. B. Knapp.**
Guayama: Dres. **Aurelio Lacasa,** Alejandro Buitrago, Ramón Vergnes Santos, **Francisco Izquierdo,** José María Muñoz, **Alejandro Ruiz Soler.**
Humacao: Dres. **Pedro J. Palou, Isidro A. Vidal, Pablo Font Martelo, E. García Lascot,** Clemente Mercado, James A. Brices.
Hatillo: Dr. **Vicente Roure.**
Isabela: Dres. **J. E. Luigi,** John Honell Harris.
Juncos: Dres. **J. Barreras, J. G. Bajandas.**
Juana Díaz: Dres. Enrique Vallecillo, Ramón A. de la Torre, Julio Audinot.
Lares: Dres. **J. Benet Valdés, Francisco Sein.**
Las Marías: Dres. Charles Guffain, García Suarez.
Loiza: Dr. **S. Vizcarrondo.**
Lajas: Dr. **Hipólito Aparicio.**
Manatí: Dres. Francisco V. Colón, A. Jordán, **M. Blazquez,** Octavio Jordán.
Mayagüez: Doctores Black Stanny, Conrado Hernández, **Rafael U. Lange, Pedro Perea Fajardo,** N. Jiménez Nussa, **J. Martínez Guasp, Martín Travieso, Marcos A. Manzano, Augusto Franco Soto, Domingo Luis Vadi,** Andrés Orsini, **Manuel G. Rodríguez, Luis F. Santos, Antonio Blanes,** Willis W. Creswell.
Maunabo: Dr. **Rafael Stella.**
Maricao: Dres. **Oms Sulsona,** L. Oms Puig, **E. Pina Casas.**
Morovis: Dres. **Pedro Rivera,** D. Córdova.
Naguabo: Dr. **Casimiro García del Valle.**

Peñuelas: Dres. M. B. Caballero, **E. Canino.**

Patillas: Dres. José Daussá, **R. Vergne Castello.**

Ponce: Dres. E. Vidal Ríos, **M. de la Pila Iglesias,** R. López Nussa, Agustín Pietri, **G. Villaronga, P. Hernández, Florencio Suárez, Julio Ferrer, Guillermo Vives,** Vicente Santoni, **A. Ferrán,** L. Aguerrevere, U. S. Córdova, **A. Giol Texidor, M. Carratón Muñoz,** Ch. Edw. Ruth, P. Salicrup, **Guillermo Salazar,** A. Santaella Costa, **Carlos Vogel,** Carlos Vives, **J. F. Costas Díaz, Antonio Mayoral,** Félix García de la Torre, **Manuel Lamela Alvarez.**

Rio Grande: Dres. Luis D. Otero, **Luis Pereira.**

Rio Piedras: Dres. **V. Flores Arrieta, José Marcano,** L. P. Orcasitas.

Selinas: Dres. A. Godwin Merhof, **A. Paniagua.**

San Germán: Dres. L Rodríguez Ferrer, E. Quiñones Carmona, Rafael Vera, **E. F. Otis,** Eurípides López, Arturo Biaggi.

Sabana Grande: **Dr. Félix Tió.**

San Lorenzo: Dres. L. García Lugo, **Simón Moret.**

San Sebastián: Dres. **J. A. Franco,** Rodríguez Cancio.

Santa Isabel: Dr. **José González.**

Toa Baja: Dr. **P. Bonelli.**

Utuado: Dres. Adrián Cueto, Mariano Caballero, Agustín Díaz.

Vega Alta: Dr. José M. Santiago.

Vega Baja: Dr. **José H. Amadeo, Dr. Juan S. Morales.**

Vieques: Dres. **G. Carreras, J. S. M. Pressly.**

Yabucoa: Dres. **J. E. Berrios, Diego Román Díaz.**

Yauco: Dres. **Jacinto Zaratt, Rafael Gatell,** Ramón L. Rodríguez, **Pedro Malaret, Palmira Gatell,** Darío Franceschi, Manuel García.

San Juan: Dres. Gómez Valencia, **E. Coronas,** E. Raimond Hilderth, Ed. Huntington, **José A. Vázquez,** U. R. Wehn, **José Chacar, Elisa Rivera, R. Vélez López, G. Carrera, C. Coll y Toste, R. Ruiz Arnau, R. del Valle Rodríguez, F. Matanzo, Lugo Viñas, Gustavo Muñoz, Francisco Rivero, W. E. Lippitt, Reguero Feliú, Fernando González, M. Quevedo Báez, Francisco R. de Goenaga,** P. Gutierrez Igaravidez, **José M. Cueto, José N. Carbonell, E. Font y Guillot, E. García Cabrera, John S. Browne, Jorge del Toro, Guillermo Curbelo, José Gómez Brioso, José C. Barbosa, Francisco del Valle, Pedro del Valle, L. García de Quevedo, Narciso Doval, E. Verges Casals, Salvador Ross, Francisco J. Hernández, Felipe B. Cordero, V. Llovet, S. González Martínez, José S. Belaval, A. Molina St. Remy, Ana Janer Palacios, M. A. Frías, Salvador Giuliani, Walter A. Glines, Jesús Monagas, José Carballeira, Jacinto Avilés, José E. Saldaña, E. K. Ashford, Rafael López Sicardó, J. López Antongiorgi, José Guzmán Soto, Jacobo Calvelas.**

NOTA.—Los nombres que están entintados son miembros de la Asociación Medica de Puerto Rico.

BOLETIN

DE LA

Asociación Médica de Puerto Rico.

Año VIII. | MARZO Y ABRIL DE 1911. | Número 78.

SUMARIO.

Acta de la Asamblea Científica celebrada en Mayagüez el día 26 de Marzo de 1911.

———

En la Ciudad de Mayagüez se congregaron en Asamblea Científica, en los salones de la Casa Consistorial, el día de la fecha *ut supra*, los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico que á continuación se expresan: Doctores Eliseo Font y Guillot, Francisco Matanzo, Francisco H. Rivero, José Carballeira, Eusebio Coronas, José Guzmán Soto, de San Juan; Pedro Perea Fajardo, Joaquín Martínez Guasp, Martín Travieso, Rafael U. Lange, A. Blnes Mangual, Angel Franco, Marcos A. Manzano, Nicolás Gimenez Nussa, Manuel Guzmán Rodríguez, Luis Felipe Santos Tió, de Mayagüez; Ramón Vergne de Patillas; Pedro Malaret, Rafael Gatell, de Yauco; Félix Tió, de Sábana Grande; Manuel Zabala, de Guayanilla; Pedro Ramos Cassella, de Arecibo; Américo Oms, Enrique Piná, de Maricao; H. Aparicio, de Lajas; Pablo Hernández y Félix Vilella, de Cabo Rojo; Víctor Gutiérrez Ortiz, de Caguas; Guillermo Salazar, de Ponce; E. García Lascot, de Humacao; Mr. and Mrs. Ottis, de San Germán; L. García Suárez, de Las Marias; Dr. Knapp, de Guánica; M. Dueño, de Añasco; Vicente Roure, de Hatillo; Arturo Torregrosa, B. Giménez Serra, de Aguadilla; y E. Luiggi, de Isabela.

La mesa quedó constituída en la forma sigueinte: Presidente, Dr. Font y Guillot; Tesorero, Dr. Matanzo; Secretario, Dr. Carballeira; Vocal por el Distrito de Ponce, Dr. Salazar; Vocal por el

Distrito de Mayagüez, Dr. Martínez Guasp; Vocal por el Distrito de Aguadilla, Dr. Torregrosa; y el Dr. Don Eusebio Coronas como representante de Puerto Rico en el Congreso Internacional de Tuberculosis, recientemente celebrado en Barcelona.

Inmediatamente el Presidente abrió el acto explicando verbalmente el objeto y fin del mismo, leyendo después un luminoso memorial en que se pone de relieve la labor realizada por la Asociación Médica en los últimos años, solicitando la valiosa cooperación de la clase médica entera para lograr la cristalización hermosa de los altos ideales de unión y solidaridad, *dessideratum* á perseguir por ese conglomerado científico y social; y á la vez solucionar problemas de alta transcendencia para nuestro pueblo en sus relaciones con la Higiene pública.

Al tratar de la Ley de Sanidad, aprobada en la última sesión de la Asamblea Legislativa, dijo: "que al fin podíamos entonar el aleluya triunfal de una gran conquista, científica moral y social; esa ley es el holocausto que la clase médica puerto-riqueña rinde á la Diosa Hígica; es el agua de bautismo del nacimiento de un gran empeño colectivo: la sanidad de nuestro territorio."

Expresó también que las gestiones de la directiva ante las colectividades políticas militantes fueron escuchadas y atendidas, obteniendo puesto en el ticket de elegibles para uno de nuestros asociados y no para dos, como solicitábamos, por razones que no somos nosotros los llamados á analizar; pero *ese uno* figura de gran relieve y prestigio en la clase médica por su saber y su cultura y en el medio social un ciudadano ejemplar por su decidido patriotismo, supo defender los intereses públicos de orden tan elevado, como los de la *salud del pueblo*, ley suprema, cuya defensa es indeclinable y es un mandato con *imperativo categórico* para todas las colectividades y más que ninguna otra para la Asociación Médica de Puerto Rico, digna y honrosamente representada por el Dr. Don Gustavo Muñoz Díaz.

Encareció la urgente é imperiosa necesidad de fomentar y sostener el fondo de "*Protección Médica*," estimulando á todos los compañeros para que expidan las certificaciones en la *forma* adoptada por la Asociación para el objeto, y si tal se hiciere, se obtendrían, como lo probó matemáticamente, recursos que servirían no sólo para atender al pago de las pensiones que se otorgasen por fallecimiento, sino un remanente que serviría para adquirir en tiempo oportuno *la casa de la Asociación*, que sería el *hogar de la clase médica*, levantado con el esfuerzo y sobre los hombros de todos.

Arrojó, otra vez, (diciendo que no desperdiciaba oportunidad de hacerlo) la simiente del generoso pensamiento de la Universidad puerto-riqueña, inspirándola al calor de los sentimientos y de las ideas humanitarias, convirtiéndola en tribuna docente, donde se levante la voz en contra de arraigadas preocupaciones, echando por tierra el dominio de las ideas decrépitas, desligada de compromisos escolásticos y políticos, exenta de prejuicios de método, libre de apriorismos personales que adulteran la ciencia, envenenan el espíritu y matan la voluntad; en una palabra; universidad trabajada con todo el esfuerzo de nuestro entendimiento, madurada al calor de nuestro corazón y ungida por la santa aspiración del bien; de tal suerte, que en no lejano día conduzca á nuestros hijos al señorío del derecho precursor de la soberanía de la conciencia y de la libertad. Al terminar su brillante trabajo, fué aplaudido ruidosamente.

El Dr. Don Enrique Piná pide la palabra, y propone que la Asamblea acuerde la publicación íntegra en el Boletín de la Asociación del memorial del Dr. Font y Guillot. Así se acuerda por unanimidad.

El Dr. Don Rafael U. Lange, abundando en las ideas de la presidencia hace muy discretas y atinadas consideraciones acerca del supremo poder de la voluntad, potencia psíquica que según él, es la única capaz de convertir al hombre en un *super-hombre;* afirmando á tal respecto, que cada puerto-riqueño, cada médico, cada ciudadano, debe dedicar una hora al día á la concentración mental sobre los propios problemas, y verá cuán fácil es remediar los males que pueden afligirle y *queriendo se* curará de las *abulias* que le convierten en un ser inadaptable para los fines de la intensa vida moderna. La asamblea le aplaudió calurosamente.

Acto seguido se procedió á la constitución de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, concediéndose un receso de cinco minutos á fin de que los médicos del Distrito Judicial de Mayagüez confeccionasen la candidatura que habrán de traer á la Asamblea. Transcurrido el tiempo concedido se reanuda la sesión y del escrutinio verificado salieron electos los Doctores siguientes:

Presidente, Dr. Don Joaquín Martínez Guasp.

Tesorero, Dr. Don Martín Travieso Quijano.

Secretario, Dr. A Blanes Mangual.

Vocales, Dr. Ottis y Dr. D. H. Aparicio.

Asimismo obtuvieron votos los doctores Vadi, Lange, Perea, Manzano, Franco, Dueño, y Guzmán Rodríguez.

Extra-sesión, el Dr. Matanzo hace uso de la palabra para encarecer á los médicos que forman la Asociación el uso ó empleo del papel de certificación adoptado por la misma con el fin de acrecer fondos para el de *"Protección médica,"* solicitando que en este mismo acto se encabece la lista de miembros para dicho fondo y se suscribieron los siguientes:

Elíseo Font y Guillot, Francisco Matanzo, Pedro Perea, Pedro Malaret, Joaquín Martínez Guasp, Rafael Gatell, Pedro Ramos Casella, Enrique Pina, Hipólito Aparicio, Víctor Gutiérrez Ortiz, Guillermo Salazar, F. H. Rivero, Rafael U. Lange, Angel Franco, Gustavo Muñoz Díaz, Manuel Quevedo Báez, Simón Moret Muñoz Casimiro García del Valle y Mora Vahamonde.

En este particular del *"Fondo de protección médica"* se notó la necesidad de modificar en Asamblea general el artículo que se refiere á la persona ó personas que han de disfrutar de los beneficios del mismo; por cuya razón se abstuvieron de ingresar en él la mayor parte de los asambleístas, quienes lo harán cuando se verifique la aclaración que qudó apuntada.

Siendo las doce y media se levanta la sesión, para continuarla á las dos y media en la tarde del mismo día, como se efectuó, empezando la sesión científica, inaugurándola el doctor don Eusebio Coronas con una interesantísima conferencia oral sobre "Las modernas orientaciones de la Patogenia y Profilaxis de la Plaga Blanca" cuya síntesis es la siguiente:

"Tributa elogios merecidos y dirige una salutación sentida á los miembros del Congreso de Barcelona, especialmente al doctor Rodríguez Méndez que lo iniciara y presidiera. Estudia la tuberculosis bajo el doble concepto biológico y social; y como es tan arduo y extenso el tema, elige un solo punto, el más capital, el que hace relación al epígrafe de la orden del día. Reseña la historia de la tuberculosis, haciendo resaltar la obra de Villemin, que necesitó del *exequatur* del célebre Pasteur acerca de la contagiosidad de la dolencia; describe el descubrimiento del célebre Koch, sosteniendo que á pesar de los medios diagnósticos actuales poco se ha adelantado en la terapeutica y curabilidad de la Tisis. Tal se desprende de los trabajos del insigne bacteriólogo Ferran quien opina que la Tuberculosis se ha resentido de los graves *"errores de doctrina"* acerca del *bacilo ácido resistente de Koch;* y que si bien no es dudable que el bacilo de Koch inoculado y cultivado produce una tuberculosis típica, más no explica la tuberculosis expontánea galo-

pante. Partiendo del hecho de que existen las bacterias pseudo tuberculógenas, debe existir también un parentesco entre estas bacterias y el bacilo ácido-resistente; á tal punto que si un naturalista *"prescindiere de la condición patógena"* y no apelara para el estudio á los métodos de coloración, creería que se trataba de tres especies distintas, á pesar de que todas estas bacterias demuestran en realidad la tuberculosis. El conferencista se extiende en poner de relieve todas las pruebas aportadas por el laboratorio en estas admirables experimentaciones del Dr. Ferrán. Explica la adaptación al medio; la modificación de la bacteria *tuberculógena saprofita* en parásito obligado de la tuberculosis, precediendo siempre la bacteria *flogogena* á la formación del tubérculo; hace comprender como el tubérculo edificado por la bacteria á expensas de los leucocitos destruídos por los ácidos cristalizables escapa á la lucha fagocitaria y cómo y por qué oponiéndose los ácidos cristalizables á la formación de los antígenos *"protegida la bacteria"* por dichos ácidos opone resistencia á la acción bactericida del organismo y de ahí que la terapéutica actual esté en discrepancia con los éxitos obtenidos con las anti-toxinas curativas y los fracasos de la tuberculina. Demuestra el parentesco existente entre la *bacteria flogogena no ácido resistente*, y el bacilo ácido resistente de Koch parentesco debido á un salto atávico, á una mutación brusca; terminado por llegar á la conclusión que la profilaxis y curación de la enfermedad deben dirigirse no contra el bacilo ácido resistente, sino contra la bacteria no ácido resistente, que es la más abundante, la que se multiplica en el gran medio, lo que solo produce la inflamación banal y de la cual por un salto se convierte en bacilo de Koch. Fué calurosamente felicitado y ovacionado.

El Dr. F. H. Rivero presentó una memoria titulada "Contribución al estudio terapéutico de la tuberculosis laringea. Su tratamiento por la ignipunctura eléctrica," en la cual pasó revista á los distintos medios terapéuticos tanto médicos como quirúrgicos, contra dicha afección, comentándolos y discutiéndolos, y exponiendo al fin el método de Mermod, que él conceptúa el más eficaz contra la tisis laringea, particularmente en las formas ulcero-infiltrantes y vegetantes. Como demostración de su aserto aportó los resultados del promotor del método; la experiencia de Luy y otros laringólogos tanto franceses como alemanes é ingleses, y por último su estadística personal, probando de este modo, que la galvano-cauterización es el tratamiento que ha dado y da mejores resultados contra

tan terrible mal, siempre que los casos no acudan demasiado tarde al especialista.

No asistieron á la Asamblea los Doctores Quevedo Báez y Muñoz Díaz por justísimas razones, que fueron tenidas en consideración, consumiendo el turno de los mismos el Dr. Pérez Fajardo, que presentó dos casos de cirujía, operados por él con brillante éxito. El uno fué un caso de *uretero-cisto-neostomia* consecutiva á una intervención ginecológica por fibroma uterino encontrándose en la actualidad la ex-paciente, que concurrió al acto, en perfecto estado de salud después de cuatro años de operada. El Dr. Rivero leyó la historia clínica de un caso análogo que operará en San Juan en unión del Dr. López Antongiorgi; haciendo resaltar que el buen éxito de esta operación se cimentaba en cuatro puntos capitales: *no dejar curvadura en el ureter fijado; que no se forme el anillo de extrangulación por la sutura reduciendo la luz uretérica, que no esté tirante y que se use el menor número de puntos de suture.*

El otro caso del Dr. Perea era una neoplasia renal (sarcoma) que obligó á proceder á la nefroctomia, hábilmente ejecutada por el mismo. Se suscitó una interesante discusión en la que tomaron parte el Dr. Manzano y otros. Aquél, preguntó si antes de procederse á la operación se determinó el estado del otro riñón, pues al desaparecer su congénere ha de suplir él solo la función de ambos. En la mesa se exhibía la pieza anatómico-patológica.

Interviene el Dr. Rivero, quien hace suya la observación del Dr. Manzano; agregando que antes de practicarse la nefrectomia debe hacerse un exámen citoscópico, así como la separación de orinas para constatar el funcionamiento de cada riñón.

Replica el Dr. Perea manifestando que como el caso clínico no admitía dudas, cumplió una indicación vital y salvó al enfermo que estuvo presente en la sesión.

El Dr. Lange intervino haciendo consideraciones sobre el problema de, en donde termina la Medicina y en donde empieza la Cirujía, y entendiendo que deben agotarse todos los recursos y medios diagnósticos antes de practicar operaciones arriesgadas y de dudoso éxito, á pesar del satisfactorio del que se discutía en esta sesión.

ElDr. Ramos Casella hizo un notable estudio sintético de la *Flora intestinal* en la niñez; analizó concienzudamente esos huéspedes habituales del aparato digestivo; factores en circunstancias anormales de un inacabable polimorfismo de las infecciones en tal edad; pero estableciendo á la vez que esos mismos microbios en determinadas condiciones actúan como elementos defensivos y de ate-

nuación de otros agentes infectivos. Fué acuerdo de la Asamblea la publicación en el Boletín de tan interesante como útil monografía.

Y siendo las seis y media de la tarde se suspende la sesión, para continuarla á las ocho y media de la noche.

A cuya hora comenzaron de nuevo los trabajos, haciendo uso de la palabra el Dr. Don Guillermo Salazar exponiendo el importantísimo tema: "*Estudio clínico y patogénico de la Malaria Nostras;* ó sea un *tipo febril,* frecuente en este país. Expresó, que imbuído de prejuicios contra el uso y quizás abuso, que en los comienzos de su carrera oyera se hacía en Puerto Rico de la *quinina,* empezó sus investigaciones con su primer caso (Julio de 1907) que diagnosticó clínicamente de *fiebre tifoidea,* y por ende tratado clásicamente por la balneación; pero un gran escalofrío inexplicable le dió la voz de alarma, determinándolo á hacer el análisis de la sangre, que dió por resultado el hallazgo de un hematozoario; suspendiendo en tal virtud los baños é instituyendo un tratamiento *químico* mediante inyecciones hipodérmicas; lográndose en pocos días la curación del jóven enfermo.

Poco tiempo después tuvo un caso análogo; al principio dió baños sin resultado, pero recurriendo á la quinina curó al enfermo. Muchos casos posteriores le hicieron creer que esas formas anómalas y graves debían ser infecciones maláricas, acompañadas de un cortejo infectivo encubridor. Así las cosas, practicó numerosos análisis de sangre en infectados sospechosos y en sanos, encontrando un parásito del tipo del hematozoario, que en el sano espera una afección intercurrente ó una pérdida de resistencia para desarrollar su poder patógeno y el cuadro clínico que caracteriza á este tipo febril. Lo más frecuente es encontrar un *corpúsculo brillante y refulgente* de contornos clarísimos, que ocupa ya la periferia ya el centro del hematie.

"Lo interesante es su presencia en estas fiebres, la relación cau- "sal que con ellas las liga, y más que nada, la característica clínica "de las fiebres en que se encuentran y el resultado terapéutico de "la quinina en estos casos."

"Tiene el convencimiento, dijo, de que la mayoría de esas fie- "bres llegan al tifismo por *colibacilosis* ó por el mismo agente ma- "lárico, por no acudir á tiempo con la terapéutica apropiada."

Es la *Malaria nostras* patrimonio exclusivo de los jóvenes; comienza por elevación brusca de temperatura (40°) casi nunca con escalofrío, vómitos biliosos incoercibles, lengua sucia, vientre indo-

loro, astricción sin timpanismo; gran inquietud, cefalalgia intensa; el pulso lento y lleno como si fuese ageno á esos trastornos y á la fiebre alta;—esta bradicardia relativa con hipertensión es una de las características más interesantes, pues en la tifoidea el pulso aunque lento es hipotenso.

Todo ese grave cuadro desaparece en breve tras unas inyecciones de quinina, así que el práctico se convence de que tiene entre manos una *malaria nostras.*

Describe otro *tipo insidioso* con los caracteres de la infectiva intestinal, los prodromos son más marcados con dolor en la fosa iliaca y gorgoteo llamando la atención ciertos sudores que denomina *sine causa;* la fiebre es contínua con ligeras remitencias, pulso rápido y tifismo incompleto.

Discute el diagnóstico diferencial con la *fiebre malárica estivo automnal*, con la *fiebre tifoidea*, con las paratifoideas y colibacilosis; no es tampoco la coexistencia de la infección eberthiana y la malaria. Analiza la ley de Threille que ha guiado por mal camino á buen número de prácticos; terminando en síntesis con la afirmación razonable de que la terapéutica junto con el hallazgo de los agentes en los hematies deja resuelta la cuestión.

El pronóstico aunque aparatosamente grave es leve en la mayoría de los casos. La enfermedad termina *por lisis, por remitencias acentuadas y por crisis.*

Al concluir el Dr. Salazar su exposición fué muy felicitado por todos los asambleístas.

El Dr. Lange pide la palabra y con frases corteses une su felicitación sincera á la de todos sus compañeros, reconociendo la importancia capital que implica para nuestra Patología regional la labor del meritísimo médico de Ponce, reconociendo que esa obra de observación, aunque sujeta á discusión como toda obra humana, abre un nuevo camino á las concepciones de las fiebres en Puerto Rico tan confusas que no tienen característica propia. Hace un análisis magistral de este trabajo; discute ciertas apreciaciones clínicas del mismo y con muy buen criterio expone dudas razonables interpretando de modo acertado el tratamiento quínico y su oportunidad.

Tercia en el debate el Dr. Vergne sobre la oportunidad en el empleo de la quinina, si debía ser durante la apirexia ó en plena fiebre; contestando que no se debía esperar á que se presentase la primera que pudiera no revelarse, y valientemente, por lo tanto, y sin vacilaciones inyectar la quinina.

El Dr. Manzano pregunta al Dr. Salazar si él ha teñido el parásito, punto que juzga de importancia capitalísima, pues esa es la condición *sine qua non* para determinar la existencia de uno nuevo, inconfundible con otro alguno, á lo que replica el disertante manifestando que efectivamente no lo ha teñido; pero que lo hará en sus ulteriores experimentaciones.

Interviene también el Dr. Franco felicitando al autor, y se extiende en juiciosas consideraciones sobre la colibacilosis é infecciones intestinales, confundibles con el tipo que se describe; pero diciendo que la obra del Sr. Salazar le servirá de norma de conducta en el futuro en su práctica médica.

El Dr. Coronas entiende que el juicio definitivo de la labor del Dr. Salazar hay que suspenderlo hasta tener la absoluta evidencia de que este corpúsculo brillante no teñido se presenta siempre, en cuyo caso se podría asegurar la existencia de una nueva forma de *plasmodium*.

El Dr. Aparicio entiende que tal tipo febril podría confundirse con la Fiebre de Malta, á lo que contestó el Dr. Font y Guillot que aunque en algunas obras ha visto reportados casos de esa afección, cree no exista en Puerto Rico, aparte de que en este punto concreto existen diferencias notabilísimas entre la Fiebre de Malta y el Tifo Febril que se debate; y son: el cuadro clínico completamente distinto, la suero reacción y ser debida al "micrococus melitensis"—la fiebre mediterránea.

El Dr. Pina presentó á la mesa una experiencia personal de las ventajas del empleo intensivo del suero anti-tetánico en el Tétano, que fué acuerdo de la Asamblea publicar en el próximo número del Boletín de la Asociación.

Y, finalmente, levántase el Dr. Font y Guillot, ocupando la presidencia el Dr. Martínez Guasp, leyendo el tema que le correspondía en la orden del día: "Papel que desempeña la Uncinaria-"sis en la Patogenia de algunas Psicopatias y sindrome de las mismas". Empieza con la célebre cita latina de Grocio: "Nescire quaedam magna pars sapientia est." Fija conceptos anatomo-fisiológicos sobre las modernas concepciones del sistema nervioso; analiza la evolución de la familia animal desde el protozoario, desde el más elemental "protisto" hasta el hombre, que ocupa el peldaño más alto en la escala de la animalidad; estudia las influencias metaméricas en el desarrollo ulterior del eje encefalo-medular; describe la unidad anatómica de Waldever (el neurona), recuerda los trabajos de Cajal; localiza las perturbacio-

nes mentales en la corteza cerebral; deja á un lado la concepción metafísica del espíritu, para penetrar en el campo de las intoxicaciones "endógenes" y "exógenes", y sostiene que á medida que se ha estudiado mejor la acción anti-toxica del hígado, la de ciertos sueros, estableciendo el papel interesantísimo de los antígenos, de las precipitinas, aglutininas, etc., etc., se viene en cuenta de que la acumulación en el organismo de ciertos venenos, resultado de desórdenes asimilátrices ó desasimilátrices, ó de la insuficiencia de la depuración orgánica ó de la absorción de ciertas toxinas, engendran entre otras consecuencias accidentes nerviosos y trastornos mentales que hasta hace muy poco la Clínica arbitraria y caprichosamente interpretaba como "locuras diatésicas ó simpáticas", "neurosis gástricas", ó "neurosis reflejas digestivas", cuando hoy se sabe que tales intoxicaciones revisten á menudo la forma de la "Confusión mental", afección en donde se ha probado la intoxicación de la corteza, lo mismo que en el delirio agudo; debiendo con idéntica razón admitirse igual patogenia en esos "minus habentes", verdaderos "capitis diminutio" fisiológicos que se llaman uncinariásicos, como ha observado en más de un centenar de casos en el manicomio de San Juan.

Expone ideas sobre el automatismo superior ó psiquismo inferior y para hacer más claros sus conceptos expone el esquema poligonal de Grasset sobre la Fisio-patología del Psiquismo.

Reduce á dos grupos principales la serie de psicopatas uncinariasicos: uno de forma histérica propia de la mujer, y otra coreica con su secuela obligada de tics más propia del hombre; habla de los sueños cerebrales patológicos comunes en estos enfermos, de la polineuoritis de los uncinariásicos inconfundibles con la de los beri-béricos y los de la "Pellagra"; señala las zonas temblogenas del pectoral mayor y del detoides; diferencia el vértigo auricular del uncinariásico del propio del "vértigo paralizante de Geslier" (Kubisagari).

Señala las perturbaciones de la troficidad y los trastornos vaso- motores, decubito agudo, edema azul, mano suculenta de Murinesco, ec., etc.

Termina diciendo que dos teorías pugnan por explicar la intoxicación cerebral producida por la "uncinariasis": la toxina segregada por el parásito (admitiendo á priori que tal parásito pueda segregar toxinas como lo hace el bothryocefalo latus); ó los innúmeros micro-organismos, huéspedes consuetudinarios del conducto gastro intestinal, penetran en el torrente circulatorio

en virtud de los micro-traumas producidos por el nematodo en la mucosa intestinal; unidos ambos factores á la anemia profunda producida por la hemolisis uncinariásica, habida cuenta de los trastornos de la nutrición de las células cerebrales, inherentes á la alteración de una sangre en que los glóbulos rojos bajan á veces hasta la cifra de un millón, la hemoglobina desciende en ocasiones á un 15 por ciento, los glóbulos rojos se modifican en sus dimensiones ó en su aspecto; en que la fórmula hemoleucocitaria se caracteriza por un aumento en los leucocitos "eosinófilos", observnádose una reducción muy acentuada en los "neutrófilos" y aumento en los "mono-nucleares".

Excitó á los asambleistas bacteriólogos para que estudiasen este problema patogénico, reconociendo su incapacidad para resolverlo, pero explicándose conforme á sus limitados conocimientos esa polimorfa fenomenalidad neuro-patológica mental por la intoxicación de las células corticales por un agente microbiano, no definido todavía, que recuerda por su acción á los venenos vegetales (estricnina) ó microbianos (tétanos) que producen la "convulsión tónica" ó á los venenos de la uremia que algunos producen la convulsión "clónica" por accesos, ó á los venenos que producen de repente la parálisis, como la difteria.

Dijo, bien claro, para evitar extravíos de opinión, que esta es una simple interpretación de analogía, si razonable, nunca neta y categórica; es una discreta presunción, que para precisarla como un postulado científico, se hace necesario descubrir por medio de experiencias repetidas la existencia de una "toxina convulsivante" producto de la Uncinaria.

No embargante, cree, á pesar de esas restricciones, que hasta nuevos descubrimientos, se debe aceptar como más satisfactoria que otra alguna esta explicación biológica de los fenómenos histero-coreicos mencionados, impregnación más ó menos transitoria de las células nerviosas corticales por un elemento tóxico; asignando como contraprueba el hecho insólito é indiscutible de que tratando á tales enfermos con la medicación clásica de la uncinariasis, se reintegran las facultades mentales sin duda por eliminación definitiva.

El Doctor Giménez Nussa muestra á la Asamblea un "apéndice ileoceeal" con una semilla de tamarindo en su interior que originó una apendicitis grave, diagnosticada por él en consulta con el Dr. Guzmán Rodriguez, cuya historia clínica harán ambos compañeros en la próxima Asamblea científica, no haciéndolo hoy por hallarse aún el paciente en tratamiento.

El Dr. Aparicio como proponente que fué en la Asamblea general de San Juan de que se celebrase en Mayaguez esta brillantísima Asamblea científica, dá las gracias á todos los compañeros que sin reparar en distancias han contribuido al éxito de la misma.

El Presidente somete á la consideración de la concurrencia la ciudad donde ha de tener lugar la próxima Asamblea científica reglamentaria, acordándose por unanimidad se celebre en la ciudad de Arecibo en el mes de Junio y en el día que la Directiva señalará en su oportunidad.

A ruegos de la Presidencia el Dr. Gutierrez Ortíz se encarga de la clausura del acto, y lo hace con un elocuentísimo discurso, enalteciendo la labor positiva de la Asociación Médica; analiza las ventajas inmensas d ela Ley de Sanidad, sintetizando con gran discreción y talento los temas discutidos, otorgando alabanzas merecidas para los doctores Coronas, Rivero, Salazar, Ramos Casella, Perea y Font y Guillot, este último en su doble concepto de presidente y conferencista.

Y en medio de la más exquisita cordialidad que externaba confraternidad, unión y solidaridad se dá por terminada la Asamblea á lás doce y media de la noche, extendiéndose la presente acta que firma el presidente, de que yo el Secretario certifico—Eliseo Font y Guillot, Presidente.—José Carballeira Cañellas, Secretario.

TUMOR DEL RIÑON- NEFRECTOMIA

Caso presentado en la Asamblea celebrada en Mayagüez el día 26 de Marzo de 1911.

Esta comunicación, Señores, no presenta otro objeto, que el de tener al corriente de nuestros movimientos cientificos á los compañeros y amigos, y de contribuir de este modo, en la medida de nuestras fuerzas á estimular la juventud estudiosa y á proseguir en la noble tarea de ayudar la ciencia médica en sus más importantes fines: la investigación científica y la depuración clínica.

Por eso, al exponer este modesto trabajo ante la Asociación Médica de Puerto Rico, especie de heraldo que va propagando por el mundo culto nuestra labor, creo cumplir también otro gran deber profesional, puesto que se da, así, á cononcer el creciente estado

de cosas de la cirujía contemporánea en nuestro país, labor fecunda, Señores, que se ha llevado á cabo en poco tiempo y que nos debe colocar en puesto preferente entre las naciones progresivas.

Y con esto como preámbulo, pasemos ahora á exponer la historia clínica que motiva esta comunicación.

Don Julio Velez Odiot, de 26 años de edad, color blanco, casado y agricultor de oficio, no recuerda antecedentes patológicos de familia relacionados con su actual enfermedad. Ha gozado de buena salud, hasta hace próximamente dos años cuando se presentaron los primeros síntomas de su enfermedad y que consistían en un dolor en la región lumbar, más acentuado hacia la izquierda y con irradiaciones del mismo lado hácia la ingle. Según él, estas crisis dolorosas se repetían de tiempo en tiempo, pero nunca tan severas como en aquella ocasión en que se vió obligado á consultarme, notando entonces que sus orinas eran turbias y dejaban sedimento al parecer purulento. Tuvo también algunos accesos de fiebre. Esta fué más ó menos la historia de su enfermedad, así relatada por él habiendo notado yo por conocerlo desde algunos años, que su color no era natural (esta vez amarilloso) y que su peso había disminuído notablemente. Andaba con paso corto é inclinado hacia adelante. Estos pocos síntomas y sin antecedentes de infección de las vías urinarias inferiores, me hicieron examinarle cuidadosamente, empezando por el vientre en el que encontré en la región lumbar izquierda un tumor aproximadamente del tamaño de una naranja pequeña; dicha masa podía abarcarla con las dos manos, colocando una por delante y otra por detrás en la región lumbar del lado izquierdo. La palpación bimanual del riñón en el lado derecho también indicaba un ligero aumento de volúmen pero sin que hubiese dolor á la presión. Compruébase que el tumor sigue los movimientos del diafragma y que desciende durante la inspiración. A la percusión se nota una zona de sonoridad anterior que marca la situación del intestino por delante; el bazo está normal: el hígado apenas rebasa el borde de las falsas costillas. El tacto rectal nada hace notar respecto á la vejiga ó la próstata.

Hecho el exámen químico de la orina, solo se nota alguna disminución de úrea y trazas de albúmina; la cantidad de orina no presenta variación semsible. El exámen microscópico no fué hecho en aquella ocasión y notando, por los síntomas presentados hasta ahora, que el enfermo podía sufrir de hidronefrosis calculosa del lado izquierdo, de pionefrosis ó de un neoplasma, le propuse nuevas investigaciones para resolver la operación si fuera necesario, ro-

gándome ése, por el gran temor que á la intervención le tenía, le recetara algo para el caso y prometiéndome volver tan pronto terminara la medicación si esta resultase inútil; bien á mi pesar, así tuve que hacerlo pues temía perder de vista á mi paciente como así sucedió efectivamente.

Un mes después de nuestra entrevista tuve necesidad de embarcar para los Estados Unidos, sin antes haber podido ver de nuevo á nuestro enfermo, regresando á los cuatro meses cuando tuve entonces el gusto de encontrarle en mi camino pues venía á consultarme sobre sus mismas dolencias.

El cuadro clínico que se presentó de nuevo á mi consideración, había cambiado considerablemente; mi enfermo estaba demacrado y aquel tumor, Señores, que ocupaba la región lumbar izquierda, había aumentado considerablemente de volúmen; ya tenía el tamaño aproximadamente de una cabeza de feto de término y otros síntomas nuevos como hematuria constante, aclaraban el cuadro sintomático de la afección.

La palpación más detenida y minuciosa del resto del abdómen acusaba una perfecta normalidad en la situación de las vísceras sin poder sospechar siquiera la existencia de tumoraciones de ningún género intra-peritoneales.

Con los datos ya enumerados al principio, un poco más acentuado hoy, pues el estado general del enfermo se va depauperando rápidamente, no solamente por la sangre que pierde sino que también, por consecuencia de los dolores y la fiebre, se hace necesario llegar á un diagnóstico definitivo y resolver la intervención, y para ello como cuestión de más importancia, el exámen de la orina que como he dicho ya, se presentaba hemática y era indispensable investigar su procedencia, puesto que es bien sabido que el orígen de una hematuria puede ser en cualquier parte de las vías urinarias desde el tejido perinefrítico y glándula suprarenal, hasta la estremidad exterior de la uretra, incluyendo también la próstata en el hombre, el útero y la vagina en la mujer; es pues necesario investigar el verdadero orígen de esta sangre para el diagnóstico definitivo, y esto no solamente es á veces difícil, sino que también en algunas ocasiones, imposible, sin la ayuda del cistocopio y cateterismo de los ureteres.

En nuestro caso desgraciadamente esto no fué posible no solo por las estrecheces y condiciones especiales de la uretra y cuello de la vejiga, sino que también lo confieso ingénuamente, por la falta de práctica que en aquella ocasión tenía para el manejo de dicho ins-

trumento que acababa de traer conmigo de New York. Por todos estos motivos había que recurrir á la diferenciación por los síntomas clínicos y exámen de la orina, llegando á nuestras conclusiones por los exámenes repetidos de dicho líquido.

La orina en este caso estaba compuesta de un líquido rojizo de tinte uniforme durante la micción, no se modificaba por el reposo ni por el movimiento y era bastante abundante é indolora. Se revela en ella abundantes leucocitos, muchos glóbulos rojos, cilindros granulosos, hialinos granulosos, cilindros hemáticos y cristales de ácido úrico.

El último exámen químico presentaba albúmina en pequeña cantidad y una gran disminución de los cloruros.

Discurramos ahora un poco sobre los síntomas que nos obligaron al diagnóstico.

Para el diagnóstico topográfico, no tropezamos con grandes dificultades: la situación del tumor, los impulsos que le imprimían los movimientos respiratorios, el ser desplazable de la región lumbar hácia el ombligo por impulsión manual, carácer propio de los tumores del riñónfi el pasar por delante del tumor, el intestino grueso, (colón descendente) y la hematuria y estudio del sedimento urinario, sin que existiera lesión vesical, pues no había antecedentes de infección de las vías inferiores, y la exploración verificada no revelaba tampoco la existencia de un tumor en este órgano, y fijándonos por último en el volúmen del riñón izquierdo que constituía una gran masa sin duda alguna, pensamos que se trataba de una neoplasia renal.

Más, si para el diagnóstico topográfico no titubeamos nada, no sucedió así con el diagnóstico de naturaleza, pues valorando los signos según se presentaban, se discurrió sobre los distintos tumores cuyos síntomas se prestan á confusión.

Atendiendo al tumor y á su evolución, á las hematurias, á su abundancia y repetición y á la medificación de la orina, pensamos en una neoplacia maligna, pues la sangre nos pareció en demasía para un cálculo produciendo una hidrofrenosis, y no había bastante pus para creer en la presencia de una pionefrosis.

Veamos pues el hallazgo post operatorio.

El enfermo fué admitido en nuestra Clínica el 30 de Agosto del pasado año. La operación la practiqué el 2 de Septiembre del mismo año, acompañado de los doctores Vadi y Travieso.

OPERACION.

Incisión lumbar de Albarrán.—Llegamos hasta la atmósfera

del riñón que estaba adherida á la cápsula fibrosa, poco á poco y con algún trabajo conseguimos desprenderle de su atmósfera. Traído á la herida, comprendimos por su estado especial que se trataba de neoplasia y que era necesario extirparlo. El tumor había destruído una parte considerable del riñón, como podeis verlo en la pieza patológica que os presento. Faltando ya la cápsula en ciertas proporciones, notamos su infiltración sin límites precisos; había, en la parte sana aún dilatación de la pelvis y de los cálices principalmente en la parte superior del órgano donde apenas quedaba sustancia renal útil. En la parte inferior había hipertrofia compensatriz. La parte media del riñón presenta como bien podeis verlo principio de osificación. En estas condiciones nos resolvimos por la nefrectomia con lo que terminó la operación sin contratiempo.

El enfermo despertó de la anestesia prontamente y tardó cuarenta días en la cura radical de la herida marchando á su casa completamente curado y mejorado grandemente de su estado general como vais á tener oportunidad de ver. Ahora bien, Señores, el tumor que os presento y cuyo aspecto general es el de un epitelioma, sarcoma ó hipernefroma, ofrece al estudio microscópico algunas dudas, y es por eso, que he querido someter el caso á vuestra consideración al mismo tiempo que os doy algunas laminillas montadas para que aquellos de entre vosotros que haceis estudios especiales en esta materia, podais examinarlo en la forma debida, reportándonos vustro informe para conocimiento general de profesión, bien sea en nustra próxima Asamblea, bien por mdio de nuestro periódico, órgano de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Nosotros hemos creído al actuar de esta manera, que hemos cumplido con nuestros deberes como Cirujanos y á vosotros Médicos Patólogos, os toca pues resolver la naturaleza de ese neoplasma.

Con esto, Señores, termino mi comunicación, esperando vuestra benevolencia, ya que como os he dicho antes, me guía en esta nota, á más de lo ya expresado el interés de investigación á que debemos consagrarnos los Médicos de todos los países, como lo demuestran la infinidad de hechos y experimentos que los profesionales recojen en cada momento por suponerlos un progreso en el campo de la ciencia y del arte médico.

El observador atento en nuestros tiempos, percibe un tejer y destejer, una serie de afirmaciones y negaciones, un vaivén de opiniones personales y colectivas que más que un esfurzo perseverante y dirigido á conseguir un fin científico, parece un loco afán de ex-

hibiciones, encaminado á adquirir fama y nombre. Separémonos nosotros de ese camino, discutamos é investiguemos con serenidad y sin apasionamientos, ya que si estos torneos científicos han de responder á sus altos fines tienen que ir sentados sobre la firme base del positivo mérito científico, y de la honradez profesional más acrisolada.

Dr. Pedro Pérez Fajardo.

Historia de Un caso de Tetanus, abortado por medio del Suero Antitetánico.

El día 20 de Enero próximo pasado, y en ocasión de enseñar una máquina, me punzé con un clavo bastante oxidado en la articulación carpiana de la mano izquierda, precisamente sobre el tendón del músculo "Palmaris longus," al entrar en la superficie palmaria.

Como este sitio es poco vascular, hubo muy poca hemorragia y aunque me molestaba bastante cada vez que movía los dedos, dí muy poca importancia al incidente, pues la pequeña herida se cicatrizó con bastante rapidez, mas el día 4 de Febrero pasé la noche bastante mal á consecuencia de la rigidez de los músculos del cuello, lo que de momento atribuí á algún enfriamiento, pues acostumbro dormir con la ventana de mi dormitorio abierta, la que cerré, y una vez levantado, al ir á desayunar, comprendí que la causa de mi intranquilidad durante la noche era debida á que estaba infestado con el bacilo de Nicholaire, pues con dificultad podía mover la mandíbula, sintiendo en esa articulación, como en la del carpus y codo izquierdo, una sensación muy especial, comparable á la dificultad que se observa al mover unos gonces que se han oxidado por falta de uso. Al mismo tiempo sentí una picazón en el sitio de la herida, en la que se había formado una pequeña areola.

Como los síntomas no podían ser más claros, inmediatamente me cautericé la herida con ácido nítrico químicamene puro, aplicándole luego tintura de iodo, inmediatamente mandé á la botica por suero anti-tetánico, más como no había, el compañero Dr. Oms me facilitó un tubo de 1500 unidades, las que me inyecté en la región glútea.

Esto fué en la mañana del día 5 de febrero, y aunque apenas pude almorzar, ya á la comida lo hice bastante bien, pues tanto

la dificultad en el movimiento de la mandíbula como en el cuello, se me aliviaron grandemente, como también se desvaneció la aureola de la herida, lo que vino á corroborar el diagnóstico de tétanus. La noche del 5 la pasé bastante bien, lo mismo que la mañana de este último día, pero según adelantaba el día empezaron de nuev á arreciarme los síntomas, inyectándome de nuevo otras 1,500 unidades de suero antitetánico, de 3,000 más que me facilitó el compañero Oms, y en la mañana del 7, me inyecté las otras 1,500 unidades del suero, lo que me hizo pasar todo el día 7 completamente bien, á tal punto que ya me creí libre de la terrible infección, pues el día 8 por la mañana amanecí completamente bien, más por la tarde del día 8 empiezan de nuevo los síntomas, y comprendí que había que tratar el caso con energía, así es que mando por más suero, y el día 9 por la mañana me inyecté 3,000 unidades y otras tantas por la tarde, lo que me hizo desaparecer por completo la dificultad en los mivimientos articulares y cervicales, como también se desvaneció por completo la aureola que se me había desarrollado en el sitio de la herida.

Este caso personal me ha dado una gran enseñanza y es que en las infecciones para las cuales tenemos anti-toxinas, debemos inyectar gran cantidad de esta última, hasta saturar por completo las toxinas elaboradas por el agente morboso, pues con las pequeñas cantidades de anti-toxinas que por tres veces me inyecté, no fueron suficientes para neutralizar el total de las toxinas elaboradas por el bacilo de Nicholair, así es que las que quedaban libres continuaban su acción destructora en las células de la economía, y hé ahí la causa de la repetición de los síntomas, los que de una vez cesaron en cuanto me inyecté la anti-toxina bastante para neutralizar todas las toxinas.

Dr. Enrique Pina.

Maricao, Marzo 20 de 1911.

LEY DE SANIDAD.

CONCLUSIÓN.

OFICIALES DE SANIDAD.

Artículo 22.—Tan pronto como sea aprobada esta Ley, la Junta de Sanidad procederá á subdividir los cuatro distritos sanitarios en el número de zonas sanitarias necesario, agrupando juntos los

pueblos que formen cada zona de acuerdo con su población, y teniendo en cuenta la facilidad de las comunicaciones. El régimen sanitario de cada zona estará á cargo de un Oficial de Sanidad bajo las órdenes inmediatas del Director de Sanidad. Dichos Oficiales de Sanidad serán nombrados por el Director de Sanidad con la aprobación de la Junta Insular, y desempeñarán sus cargos mientras observen buena conducta, disfrutando de un sueldo anual de dos mil dollars ($2,000.00) cada uno. Los Oficiales de Sanidad serán médicos capacitados para ejercer en la Isla. Se faculta á los Oficiales de Sanidad para nombrar el personal que se necesite en sus oficinas con la aprobacón del Director de Sanidad. El Oficial de Sanidad actuará como Presidente de la Junta Local de Sanidad, ejercerá la inspección del servicio sanitario de su zona, y dispondrá el establecimiento de los servicios sanitarios necesarios, como limpieza y riego de calles, remoción de basuras y otros residuos, desnfeccón pública y privada, drenaje, desagüe de los terrenos de propiedad particular situados en zona urbanizada y de terrenos públicos, limpieza de letrinas y otros depósitos de inmundicias en propiedade públicas, y en propiedades particulares cuando sea necesario para la salubridad pública según se determina en el Artículo 29 de esta Ley.

El Oficial de Sanidad hará cumplir todas las leyes, ordenanzas y reglamentos de sanidad, y ejercerá una inspección general sobre la salud pública dentro de su respectiva zona. El Oficial de Sanidad inspeccionará también el servicio de higiene especial; pero no dictará órdenes ni tomará acción alguna que esté en pugna con el reglamento de este servicio ó con ls instrucciones dadas por el jefe de dicho servicio. El Oficial de Sanidad tendrá derecho á los gastos reglamentarios de viaje, cuando se traslade á cualquier punto de su zona en asuntos oficiales; pero no saldrá fuera de su zona en comisión del servicio sin orden del Director de Snidad.

JUNTA LOCAL DE SANIDAD.

Artículo 23.—Por la presente se crea una Junta Local de Sanidad en cada zona sanitaria, compuesta de un Presidente, que lo será el Oficial de Sanidad, y de dos vocales, que serán nombrados por la Corporación Municipal de la cabecera de la zona respectiva: disponiéndose que, para el nombramiento de uno de los vocales, se preferirán un médico, farmacéutico, veterinario ó ingeniero. Dichos vocales tomarán posesión de sus cargos cuando sus nombramientos hayan sido aprobados por la Junta Insular de Sanidad. El cargo de vocal de la Junta Local de Sandad es incompatible con

el de Concejal del Ayuntamiento ó empleado del mismo que no sea de carácter puramente técnico ó facultativo. La Junta Local de Sanidad celebrará una esión ordinaria mensualmente y las extraordinarias que convoque el Oficial de Sanidad, no pudiendo pasar de veinte y cuatro en cada año el número de dchas sesiones. Los miembros de la Junta Local de Sanidad, excepto el Presidente, tendrán derecho á una remuneracón de un dollar por cada sesión á que asistan; disponiéndose que la Junta Local de Sanidad de San Juan estará constituída por los miembros de la Junta Insular de Sanidad residentes en esta capital.

Dichas Juntas Locales de Sanidad serán consideradas como delegadas de la Junta Insular, y tendrán funciones consultivas sobre todos los asuntos sanitarios de sus correspondientes zonas. Las Juntas Locales de Sanidad recomendarán á la Junta Insular de Sanidad las modificaciones de los reglamentos y de las disposiciones vigentes que exijan las condiciones de cada localidad, de conformdad con los Ayuntamientos correspondientes; y recomendarán asimismo las ordenanzas sanitarias que en adelante se propusieren á los Ayuntamientos de la zona. Las Juntas Locales podrán practicar inspecciones domiciliarias cuando lo juzguen conveniente, é informar á la Junta Insular de Sanidad respecto á las condiciones sanitarias de las casas inspeccionadas; cuidarán que se observen debidamente los preceptos de esta Ley y las ordenanzas sanitarias para la conservación del estado sanitario de cada localidad, especialmente en los hospitles, asilos y casas de socorro; y asimismo tendrán bajo su inspección todos los servicios de higiene y sanidad de la zona. Las Juntas Locales de Sanidad dispondrán que se publiquen, después de aprobadas por la Junta Insular de Sanidad, las instrucciones que estimen oportunas para evitar la propagación de enfermedades. Las expresadas Juntas Locales remitirán, por conducto de su Presidente, á la Junta Insular, muestras de alimentos, bebidas, líquidos ó drogas sospechosos de adulteración, para que sean analizados convenientemente, observando en tales casos las instrucciones prescritas por la ley. Las Juntas Locales someterán á la Junta Insular de Sanidad un informe anual acerca de las condiciones sanitarias de su zona, y redactarán un reglamento para su régmen interior, que someterán también á la aprobación de la Junta Insular de Sanidad.

Artículo 24.—El Oficial de Sanidad nombrará el número que se autorice de agentes de policía sanitaria para la vigilancia de las poblaciones en cuanto al mantenimiento de los reglamentos de sa-

nidad, abatimiento de daños públicos y otras funciones semejantes.

Los agentes de policía sanitaria serán en número de uno por
de acuerdo con las instrucciones del Director de Sanidad.
cada pueblo que contenga menos de diez mil habitantes, y de dos, por lo menos, en los pueblos que tengan diez mil habitantes; y cada uno de ellos gozará de un sueldo anual no menor de cuatrocientos ochenta dollars ($480.00). El Oficial de Sanidad podrá también nombrar, con la aprobación del Director de Sanidad, el número de inspectores de sanidad que fuere necesario, no excediendo de dos en cada zona, con un sueldo no menor de setecientos veinte dollars ($720.00).

Artículo 25.—De conformidad con ls dsposiciones de esta Ley, los médicos deberán dar cuenta al Oficial de Sandad más próximo de las siguientes enfermedades: tifus exantemático, fiebre tifoidea, viruela, varioloides, escarlatina, difteria, fiebre amarilla, cólera morbo asiático, peste bubónica, beriberi, disentería epidémica, meningitis cerebroespinal, tos ferina, parotiditis epidémica, paludismo, tuberculosis, muermo, lepra, sífilis cutánea y uncinariasis.

Artículo 26.—Los médicos en el ejercicio de su profesión estarán obligados á informar á los Oficiales de Sanidad Local de todos los casos, que traten, de enfermedades infecciosas ó contagiosas; y los Oficiales de Sanidad tendrán el deber de dar cuenta inmediatamente de todos estos casos al Director de Sanidad. Será asimismo el deber de los veterinarios, en el ejercicio de sus funciones, informar al Director de Sanidad de las enfermedades de los animales que cuiden, tales como el carbunclo bacteridio, la tuberculosis, actinomicosis, septicemia gangrenosa, muermo ó cualquiera otra enfermedad epidémica.

Artículo 27.—La inoculación del virus vacúnico se declara por la presente obligatoria para los habitantes de la Isla, en la época, forma y plazo que determinare el Director de Sanidad; siendo también obligatoria en los casos de epidemia la inoculación de cualquier otro producto orgánico profiláctico ó terapéutico; disponiéndose que, cuando el Director de Sanidad estimare necesario emplear virus ó sueros para combatir una enfermedad epidémica, que no sea la viruela, se necesitará la aprobación expresa del Consejo Ejecutivo previa la recomendación de la Junta de Sanidad.

Artículo 28.—El Director de Sanidad, los Inspectores de Distrito y los Oficiales de Sanidad, per sí ó por medio de sus agentes ó inspectores debidamente autorizados, quedan facultados por la presente para entrar en cualquier edificio, casa, tienda ó lugar á

cualquier hora del día, para examinar las condiciones sanitarias del mismo, é informar sobre ellas, así como para denunciar ante la autoridad competente cualquier infracción de los reglamentos de sanidad vigentes, ó para hacer remover ó corregir con urgencia cualquier daño ó estorbo público en la forma y modo prescritos en los reglamentos de sanidad. Dichas investigaciones se practicarán siempre de día y previo permiso del inquilino de la habitación de que se trate. Si éste rehusare dar su permiso, cualquier juez municipal ó juez de paz podrá, al recibir una declaración jurada de que existe una causa probable para ello, expedir una orden autorizando á dicho funcionario para entrar en el referido edificio ó habitación con el objeto de practicar la investigación mencionada.

Artículo 29.—En caso de que el dueño, agente ó inquilino de una propiedad donde exista un daño ó estorbo público, dejare de hacerlo desaparecer ó abatir dentro de un plazo razonable después que se haya hecho debidamente la notificación para la ejecución de la obra, se faculta por la presente á las autoridades sanitarias para remover ó abatir el daño ó estorbo á expensas de dicho dueño, agente ó inquilino, y la parte interesada será informada debidamente de los gastos en que se hubiere incurrido con tal motivo, y reintegrará el importe de los mismos á las autoridades de sanidad. Cualesquiera sumas así pagadas por los funcionarios de sanidad para la remoción ó abatimiento de un daño ó estorbo constiuirán un gravámen sobre la propiedad donde existía tal daño ó estorbo. y una reclamación legal contra el dueño, agente ó inquilino. Esta acción, sin embargo, no relevará de responsabilidad á cualquier dueño agente ó inquilino por infracción de las disposiciones de los reglamentos sanitarios.

Artículo 30.—Todos los médicos en el ejercicio de su profesión quedan obligados por la presente á expedir, en modelos en blanco preparados para ese objeto por el Director de Sanidad, un certificado de defunción de toda persona que muera estando bajo su asistencia, consignando en dicho certificado el nombre completo, edad. sexo, color, naturalidad, estado civil y causas de la muerte, y la fecha y hora del fallecimiento, el cual certificado será enviado al Oficial de Sanidad dentro de los tres días siguientes al fallecimiento, de acuerdo con las disposiciones de la ordenanza. Los administradores de agencias funerarias quedan igualmente sujetos á la misma obligación en la parte que á ellos concierne en los modelos de certificados de defunción.

Artículo 31.—Los médicos, parteras, enfermeras ó cualquiera otra persona, en defecto de los primeros, que asistan á un nacimiento, lo participarán al Oficial de Sanidad dentro de los tres días siguientes, llenando al efecto el modelo especial preparado por dicho funcionario, en que se expresarán con claridad el sexo, color, fecha del nacimiento, nombres de los padres, y condiciones de legitimidad, si no hubiere razones especiales para omitir esta última información de acuerdo con la ley. Todo juez ó ministro de cualquier religión que llevare á efecto un matrimonio, queda obligado por la presente á participarlo al Oficial de Sanidad dentro de los tres días siguientes al en que se realizó la ceremonia, utilizando para ello el modelo especial preparado por el Oficial de Sanidad, en el cual se consignarán los nombres de los contrayentes, la edad, color, lugar de nacimiento, estado civil anterior, profesión ú oficio y la fecha de la celebración del matrimonio.

Artículo 32.—Toda persona que infrinja las disposiciones de los reglamentos de saniad puestos en vigor por el Director de Sanidad de acuerdo con esta Ley, y aprobados conforme se dispone en el Aríeulo 9 de la misma, será castigada con multa que no será menor de un dollar ni mayor de cien dollars, con prisin desde uno á 30 días, ó con ambas penas á discreción del Tribunal.

Artículo 33.—Ningún Tribunal de Justicia dictará orden alguna que pueda tender á entorpecer, retardar, suspender ó impedir las gestiones del Director de Sanidad, de los Inspectores de Distrito, de los Oficiales de Sanidad ó de cualquiera de los inspectores ó agentes debidamente autorizados, para corregir ó suprimir un daño ó estorbo público que pudiera ocasionar enfermedades ó comprometer la salud pública, sin que antes se haya notificado de ello al Director de Sanidad, á fin de que pueda éste tener la oportunidad de comparecer, personalmente ó por medio de representante legal, á la vista de la solicitud que al efecto se hubiere presentado.

Artículo 34.—Las asignaciones hechas en la Ley de Presupuesto correspondiente al año económico de 1911-1912 para personal y material de los servicios de sanidad del Departamento de Sanidad, Beneficencia y Correcciones, serán consideradas como asignaciones hechas para la Oficina del Director de Sanidad; y las demás cantidades que fueren necesarias para llenar completamente los servicios de personal y material dispuestos en esta Ley, y que no estuvieren consignadas en la Ley de Presupuesto para el año 1911-1912, son por la presente asignadas de cualesquiera fondos disponibles en el Tesoro Insular no destinados á otras atenciones.

DISPONIENDOSE que cada Municipio ingresará en el Tesoro Insular el 12% de sus ingresos de cada año económico, al efecto de cubrir con dicha suma los gastos que origine el servicio sanitario local que se lleve á cabo en virtud de esta Ley, cualquiera que sea la ascendencia de dichos gastos.

Artículo 35.—Toda ley ó parte de ley que se oponga á la presente, queda derogada.

Artículo 36.—Esta Ley empezará á regir el día 1 de julio de 1911.

Aprobada Marzo 9, 1911.

Contribución al estudio terapéutico de la tuberculosis laringea. Su tratamiento por la ignipuntura eléctrica.

Trabajo presentado á la Asamblea Médica de Mayagüez el 26 de Marzo de 1911.

No la vana presunción de reclamar el derecho de prioridad que me corresponde, entre el gremio médico de Puerto Rico, por haber sido el primero, aquí, en aplicar la galvanocauterización contra ciertas formas de la tuberculosis laringea, muéveme á presentar esta memoria. Fines más útiles y de trascendencia mayor me han impulsado á ocupar esta tribuna científica para exponer de una manera general la terapéutica contra tan terrible afección, y muy en particular el tratamiento de ciertas de sus modalidades clínicas—formas edemato-ulcerosa, vegetante y lúpica—por medio de la ignipuntura eléctrica, aportando, al propio tiempo á esa exposición el resultado de mi exigua y modesta contribución personal. Convencido como estoy, por agena y propia experiencia, que ese tratamiento es el más eficaz contra la afección á que aludo, deseo presentarlo y someterlo al ilustrado juicio de mis colegas de esta Asociación, tanto por ser un asunto de relativa actualidad, como por los grandes beneficios que de su estudio y vulgarización puedan derivarse para nuestros pacientes.

* * *

La famosa ley de Louis hace mucho tiempo que dejó de ser un cánon de Patología general. Al lado de la tuberculosis pulmonar que evoluciona conjuntamente con la timia laringea, y que es su causante, existe la tuberculosis laringea primitiva, con pulmones absolutamente indemnes. No entremos á averiguar la patogenia de este proceso, ya conocida, pues nada nos interesa por el momento: lo que sí conviene saber es que estas laringitis tuberculosas primitivas son las más curables de entre todas, siguiéndoles en turno, aquellas que coinciden con pulmones ligeramente tocados por la bacilosis y con un estado general bueno; y que, por último, las que poco ó nada benefician del tratamiento son aquellas que evolucionan con una tuberculosis pulmonar bilateral y avanzada.

La tuberculosis laringea se nos presenta bajo tres formas: la miliar aguda, la lúpica, y la llamada *crónica*, que es la corriente, la más conocida y generalizada.

La *miliar* está constituida por un proceso difuso, invasor, esencialmente galopante, contra el cual estamos completamente desarmados; así es que, de una vez, la descartaremos de este estudio.

La *lúpica* es, como todas las manifestaciones homónimas, una tuberuclosis atenuada. Rarísima vez primitiva, sucede casi siempre al lupus de la faringe, y coincide con manifestaciones idénticas de la piel. Contra ella se han empleado con más ó menos éxito los cáusticos químicos: el curetaje ha sido su mejor terapéutica, sinembargo, la mayor parte de los casos benefician sobre todo de la galvanocauterización .

La forma *crónica*, la corriente, será el objeto principal de este estudio. No, hasta hace veinte años, como dice Rabé, sino hasta hace muy poco tiempo, nuestro maestro Castex decía que la terapéutica de la tuberculosis laringea podía resumirse así: en el primer periodo, aceite de hígado de bacalao; en el segundo, ácido láctico; y en el tercero, morfina. Esta fórmula simplista está hoy completamente modificada, sobre todo por lo que al segundo estádio de este proceso morboso se refiere. Sin duda estamos ya, si no de modo definitivo, mejor armados para atacarlo.

A pesar de que la índole de este estudio es esencial-

mente terapéutica, preciso es trazar, siquiera, á grandes rasgos la fisonomía clínica de los tres periodos en que se ha convenido en dividir la tisis laringea.

El primero es á veces muy oscuro para el diagnóstico: muchos lo confunden con una laringitis sub-aguda ó crónica: es cuestión de matices y de ardid saberlo despistar. Los signos subjetivos son muy equívocos: tos seca ó coqueluchoidea precedida de una sensación de prurito ó cosquilleo en la laringe, á veces más frecuente por la noche al acostarse; afonías de repetición ó simples disfonías. Los objetivos son: palidez del velo palatino y de la endolaringe, destacándose sobre este fondo un enrojecimiento pronunciado de los aritenoides, ó del espacio interaritenoideo, ó de ambos á la vez; ó bien un estado *velvético* de dicho espacio, señalado por Isambert, quien erróneamente hacía de él un signo patognómico. Otras veces la laringe no presenta aquella palidez sino más bien el aspecto de una laringitis sub aguda ó crónica, pero más marcado el enrojecimiento en los aritenoides, ó bien limitado á una sola cuerda vocal (monocorditis), siendo este último signo de gran presunción.

El tratamiento que conviene á esta primera faz ha de ser más fisioterápico que farmacoterápico. Ante todo se prescribirá el reposo vocal absoluto: ni hablar ni cantar. Cuando más podrá hablar, de tarde en tarde, monosilábicamente y con voz susurrada. Morell Mackensie para conseguir este *desideratum* llegó hasta aconsejar la traqueotomía. Gimnasia respiratoria moderada. Vida de campo, lejos de la polvareda de las ciudades, en un sitio fresco, seco y al abrigo de los vientos del N. y del N. E. Reposo general, alimentación reparadora. Nada de toques intralaringeos. Algunas inhalaciones balsámicas calientes como descongestivas. Al interior el aceite de hígado de bacalao ó los preparados yodotánicos. Previamente se habrán tratado las lesiones nasofaringeas si existieren: granulaciones, faringitis crónica, obstrucción nasal, etc., etc.

En cambio se proscribirá la residencia en una playa de mar, á menos de tratarse de playas biea abrigadas contra los vientos del N. y del N. E., tales como la Cote d' Azur en Francia; de igual modo se prohibirá

la estadía en estaciones sulfurosas y la bebida de estas aguas, pues se ha observado que determinan congestiones laringeas; y por último, tratándose de damas, y teniendo en cuenta la funestísima influencia del embarazo en estos enfermos, habrá que decirles con Rabé, y parodiando los célebres consejos de Peter, en los casos de estrechez mitral: "Señoritas, nada de matrimonio; señoras, nada de embarazo; madres, nada de lactancia."

El segundo periodo de la tisis laringea es más cargado en síntomas y más vario, si bien más típico. Aparte los trastornos funcionales como tos, afonía ó disfonía, ó bien ninguno de estos dos, existen tres órdenes de lesiones que, ó evolucionan aisladamente, ó se combinan: *la infiltración, la ulceración* y *las vegetaciones* La infiltración invade sobre todo los aritenoides; después, el espacio interaritenoideo, la epiglotis, las bandas ventriculares, los repliegues, etc., pero no siempre son las lesiones edematosas tan difusas. La ulceración puede también invadir esas regiones. Cuando aparece sobre el borde libre de las cuerdas vocales, les dá un aspecto de sierra. Los caracteres de la úlcera fímica son su superficialidad, su fondo gris y sus contornos bordados, lo que ha hecho decir que "la tuberculosis *roe*, á la inversa de la sífilis, que *muerde*." Las vegetaciones pueden presentarse conjuntamente con estas lesiones, ó bien solas, ora en forma discreta, en distintos sitios del endolaringe, ya difusas, y en tal abundancia, que casi obstruyen la glotis. Están constituidas por tumores verrugosos de base ancha y vértice acuminado. La forma vegetante muestra á veces preferencia por la región interaritenoidea, á la cual dá un aspecto paquidérmico; de allí que los alemanes la hayan bautizado con el nombre de *paquidermia laringea.*

Pues bien; el punto más interesante de este trabajo, es el tratamiento de estas formas del periodo secundario, y haremos hincapié sobre detalles varios en lo que concierne á su terapéutica local.

Digamos de una vez que estas lesiones cuando están más ó menos circunscritas y coexisten con pulmones sanos ó ligeramente tocados y con un estado general satisfactorio son perfectamente curables; ellas son las

más justificables de la galvanocaustia, del método de Mermod. En todo caso este medio de acción procura alivio aún en circunstancias desesperadas, luchando victoriosamente contra un síntoma torturante: la disfagia. Asímismo es de gran importancia complementar la cura operatoria, por otra de aeración, reposo y alimentación adecuada, que las más de las veces solo se realiza convenientemente en los sanatorios.

Antes de entrar de lleno en el núcleo de la cuestión, pasemos revista á la terapéutica que se ha instituido en estos casos, y señalemos los afortunados que con lesiones secundarias discretas y un estado general bueno, han curado sencillamente con el reposo vocal, la vida en el campo, y un tratamiento higiénico adecuado, sin tocar para nada la laringe: estos casos son la extrema excepción.

Al lado de ellos los más han sido tratados aprovechando la acción cáustica de ciertas medicinas, con las cuales se vá directamente al punto lesionado. Su lista es larga, tales: el fenol sulforicinado de Ruault, el cloruro de zinc, la glicerina fenicada, el nitrato de plata, el yodoformo, etc. Hace más de cinco lustros el profesor Krause (de Berlín) preconizó el empleo de un agente que se conceptuó como específico de la T. L., y hasta hace poco venía usándose casi con exclusión de todos los demás; hablo del ácido láctico; pero á la verdad, al lado de excelentes resultados proclamados por los menos, los más, poca ó ninguna ventaja han sacado de su empleo, y así vemos á Luc, con su gran autoridad y vasta experiencia del asunto, decirnos textualmente, lo siguiente: "Yo he sometido pacientemente innumerables laringes tuberculosas á los tocamientos con el fenol sulforicinado y el *ácido láctico*, y me ha parecido que ni aún las ulceraciones superficiales se hubieran modificado sensiblemente."

Algunos arguyen que la falta de éxito del ácido láctico es debida á que la generalidad de los laringólogos se limitan á aplicar suavemente el remedio, cuando, en realidad, deberían, previa cocainización, frotar *enérgicamente* las superficies enfermas, y aún, hasta hacerlas *sangrar.*

No hay tal: el ácido láctico es un producto espasmógeno sobre todo en soluciones de fuerte concentración, que puede acarrear alarmas de asfixia tan serias como el obligarnos á la traqueotomía, y hasta determinar la muerte; la experiencia de muchos años ha demostrado no sólo estar muy lejos de ser un específico, sino que sus resultados son muy precarios. Basta pensar que su acción es muy superficial, y que aún suponiéndolo eficaz en las úlceras, no sabemos como penetraría en los tejidos infiltrados. Nosotros lo hemos empleado casi exclusivamente, como tópico, contra el mal que señalamos, desde 1898 hasta 1907. No contamos ningún éxito. Así pues, conformes con los más de los autores modernos habremos de poner á un lado, los toques intralaríngeos con cáusticos químicos varios, inclusive el ácido láctico.

Señalemos, entre otros medios, las inyecciones intersticiales laríngeas con aceite creosotado, y con cloruro de zinc, según el método de Lannelongue; las inyecciones transcutáneas con soluciones de creosota ó guayacol, preconizadas por Botey (de Barcelona); nada de esto ha dado resultados alentadores. Asímismo se han usado las inyecciones intratraqueales con aceite gomenolado, según la técnica de Mendel; más su acción es simplemente calmante y descongestiva: no curativa.

La *fototerapia*, según el método de Finsen, aplicada á las laringopatias había tropezado con grandes inconvenientes; pero felizmente Nepveu parece haber resuelto el problema, no solo contra las afecciones laríngeas, sino, en general, en el campo oto-rino-laringológico. En efecto, en su comunicación (10 de Junio de 1910) á la Sociedad de Oto-Rino-Laringología de París, nos hace conocer detalladamente su técnica, instrumental y resultados: estos son muy halagadores, y el autor cree que la principal aplicación de este método es contra la laringitis tuberculosa, como que él habría obtenido muchas curaciones completas; con frecuencia, grandes mejorías, y siempre la cesación de la disfagia. Solo nos toca agregar á lo expuesto que debemos esperar algún tiempo más, antes de pronunciarnos definitivamente por su empleo, puesto que los resultados son muy recientes.

La *helioterapia*, instituida por Sorgo, y recientemente aplicada por Krammer, con un pretendido éxito, muy discutible, por cierto, está aún en mantillas; pero cabe esperar mucho de ella, en vista de lo que se ha obtenido con su congénere la fototerapia.

El pasado año, y con motivo del informe oficial presentado por el Dr. Portela (de Cádiz), al Congreso de Laringología de Sevilla, acerca del "Tratamiento y curabilidad de la Tuberculosis laríngea", se suscitó una discusión en la que tomaron parte, entre otros, Jimenez Encina (de Madrid) para referirse á 14 casos de fimia laríngea, caracterizados unos por tuberculoma interaritenoideo y otros por lesiones ulcerosas, acompañados de lesiones pulmonares limitadas y fiebre moderada, tratados por él, por medio de toques intralaríngeos con tuberculina T. O. A. de Koch: los resultados fueron mediocres. Villar Urbano habló, luego, de dos casos tratados por el mismo método, todos dos con fracaso, inclinándose más á la galvanocaustia; y por último, Llorente al decirse partidario de la tuberculina, cree que la bacterioterapia resolverá el problema. Ahora bien, nosotros opinamos, porque hoy por hoy, nada debemos esperar del empleo de la *tuberculina*, ni *intus*, ni *in situ*, en el tratamiento de la tisis laríngea. En efecto, como nos lo enseña Luis Renon, la tuberculosis es una enfermedad producida por la acción total del bacilo de Koch, producida, por lo tanto, según nos lo indica su constitución química, por su toxina protoplásmica, la *bacilo caseina* de Auclair y Paris; por sus toxinas adherentes, la *etero-bacilina* y *la cloroformo bacilina;* y además por otros venenos solubles desarrollados en culturas. De allí, pues, que para luchar bateerioterápicamente contra la tuberculosis tendríamos que ejercer una *terapéutica global*, según la expresión del mismo Renon. Por desgracia ninguna de las tuberculosis existentes hasta hoy resuelve este *desideratum*, puesto que las más se componen de toxinas bacilares; mas, ninguna utiliza ni los venenos adherentes (etero y cloroformo bacilina), ni la bacilo caseina. Por consiguiente, tenemos que desistir de las tuberculinas actuales contra la tisis laringea hasta tanto no se obten-

ga una *tuberculina total*, es decir, que encierre todos los venenos contenidos en el bacilo tuberculoso.

Ya es tiempo de que nos ocupemos de los medios quirúrgicos. En primer término señalaremos el *curetaje*: instituido por Herying (de Varsovia) hace cerca de cinco lustros, pronto adquirió auge gracias á los éxitos alcanzados por su autor; por Moritz Schmidts y Krause, en Alemania; y por Gougenheim, en Francia. Así y todo, hoy se tiende á restringir su uso, debido á los muchos inconvenientes que presenta, tales como: la hemorragia, la estenosis glótica que suele sucederle cuando el raspado se hace al nivel de esa región; la disnea, que le es consecutiva, en ocasiones, y que ha necesitado la traqueotomía; el tornar dolorosas ciertas laringes, que hasta entonces habían permanecido indoloras; y por último, el riesgo de la reinoculación de la herida por los gérmenes mismos que se trata de destruir.

Recientemente Herying, en su comunicación al Congreso ruso de Oto-Rino-Laringología de 1909, titulada: "Veinte años de tratamiento quirúrgico de la tuberculosis laríngea", restringe las indicaciones del curetaje, á los siguientes casos: 1o. tumores tuberculosos de la laringe.—2o., infiltraciones crónicas circunscritas á la pared posterior.—3o., ulceraciones que resisten á otros tratamientos.—4o., lesiones unilaterales de la laringe.

Los otros medios quirúrgicos aconsejados contra la T. L., son: la *traqueotomía*, cuya indicación como agente curativo no se discute ya. Sus dos indicaciones capitales y únicas, son, en las *formas estenosantes*, para evitar la asfixia, y en ciertas disneas del tercer periodo. Algunos han pretendido erigir la traqueotomía como medio curativo, aún desde el primer periodo de la enfermedad, aprovechando el absoluto y efectivo reposo vocal que proporciona á la laringe, lo que á veces es bastante para hacer regresar el proceso fímico; pero, aparte otras desventajas, perjudicaríamos grandemente al pulmón sometiéndolo á la respiración canular.

La *tirotomia* también ha sido indicada y hasta utilizada para la extirpación de tuberculomas y vegeta-

ciones difusas; pero esto es tan absurdo como querer rinotomizar á alguien por la sola presencia de un pólipo en el meato medio. Por último, ha habido quien preconice la *larinjectomia* contra la afección de que hablamos; el disparate es tan colosal que no vale la pena de discutirse.

Examinados hasta ahora los diferentes medios instituidos contra la laringitis tuberculosa, y vistos sus resultados, entremos de lleno á estudiar el método aconsejado por el profesor Mermod (de Lausanne), indiscutiblemente el mejor que hoy poseemos, como lo han demostrado sus brillantes éxitos, tanto en sus manos, como en agenas manos, y como nosotros mismos hemos tenido ocasión de comprobarlo con algunos casos, cuya historia relataremos más adelante.

Mas, antes de describir su técnica, preciso es saber si puede aplicarse á todos los casos de laringitis tuberculosa, y si su acción es realmente curativa. Desde luego debemos descartar la T. L. en su primer periodo, la cual no solo no necesita de maniobras intralaríngeas, sino que resultan, por el contrario, perjudiciales. El tercer periodo tampoco es justificable de la galvanocaustia, puesto que ya las lesiones, mezcla de necrosis, pericondritis, parálisis y ulceración difusa, coincidiendo casi siempre con un estado caquéctico, solo reclama alivio contra la tos por medio de la morfina, y contra la disnea por medio de la traqueotomía precoz, sin esperar á que la asfixia se presente. Así y todo, este periodo último, puede recabar algún beneficio del método en cuestión, contra la disfagia dolorosa, cuando esta es producida por la infiltración aritenoidea; no así contra el mismo síntoma cuando su causa es la ulceración difusa del vestíbulo laríngeo, para la que no hay más remedio que las drogas analgésicas en insuflación ó pulverización, ni tampoco cuando es producida por las grandes epiglotis infiltradas: la epiglotectomia con la pinza de Luc ú otra análoga es lo realmente útil en este caso.

El gran campo de acción de la Galvano Caustia es el segundo estadío del proceso: la faz infiltro-ulcerosa y vegetante. En este periodo, pues, es cuando está indicada con todo rigor; pero particularmente cuando

las lesiones son discretas, limitadas y superficiales, coincidiendo con un buen estado general, pulmones indemnes ó ligeramente enfermos, forma apirética ó con ligera reacción febril: en estos casos tenemos derecho á esperar la cura radical de la tuberculosis laringea. Sin embargo, estamos autorizados á aplicarla aún con lesiones locales más difusas, cuando las demás condiciones ya citadas existan. Mermod, el promotor de este método, es aún más liberal en prodigar la galvanocaustia, y solo lo detienen, al decir de Luc, aquellos casos que están ya en la caquexia ó que la avecinan. Preciso es confesar, no obstante, que en los casos de lesiones difusas ó muy avanzadas, sólo obtenemos mejorías.

La técnica seguida por Mermod es la siguiente: Veinte minutos antes de la intervención inyecta subcutáneamente 0,01 de morfina. Pasado ese tiempo, procede á la anestesia regional por medio de una solución de cocaina al 1 5 y al efecto pasa una torunda embebida en aquella, por la faringe bucal, pilares, velo del paladar, base de la lengua, ambas caras de la epiglotis y endolaringe. Después toca la región que vá á cauterizar con la mezcla de Bonnain (mentol, cocaina y fenol, partes iguales). Una vez desaparecido todo reflejo agarra la epiglotis y la baja, con su pinza especial: dice al paciente que respire tranquilamente y no haga movimientos de deglución. El paciente se saca la lengua y la sostiene con un pañuelo ó compresa, y entonces el operador, armada la izquierda del espejo laríngeo, y la derecha de un cauterio ó cuchillo chato, lo pone en contacto con la zona enferma, en sus distintos puntos, procurando que su acción sea profunda. Bien entendido que en cada sesión no destruye sino una parte de la superficie enferma, para evitar una reacción muy fuerte. Deja pasar 8 ó 10 días, vuelve á hacer lo mismo, y así sucesivamente hasta terminar. Luc (de París) suprime ciertos detalles, tales como la inyección previa de morfina, la pinza para la epiglotis y la mezcla analgésica de Bonnain. Nosotros hemos seguido la técnica simplificada de Luc, con la diferencia de que usamos una solución de cocaina más débil, al 1 10, y de que nos servimos de cauterios puntiagudos realizando así una *ignipuntura eléctrica.*

La reacción local que sucede á estas cauterizaciones es generalmente suave; sinembargo cuando se ataca la epiglotis ó los aritenoides aparece una disfagia dolorosa muy acentuada que tarda en desaparecer de 6 á 8 días. No es difícil calmarla, y al efecto, está indicado contra ella las aplicaciones calientes al cuello, inhalaciones calientes, con soluciones de cocaina y laurel cerezo, ó bien pulverizaciones cocaínicas; las insuflaciones pulverulentas con una mezcla de anestesina y ortoformo (partes iguales), cinco minutos antes de las comidas alivian mucho al paciente.

El efecto de estas cauterizaciones es maravilloso, y así vemos, al cabo de algunos días, desaparecer las infiltraciones y vegetaciones, cicatrizar las úlceras, ver, en suma, regresar las lesiones y adquirir su aspecto casi normal. La odinofagia cede como por encanto.

Después de haber concluido con esta que podemos llamar cura operatoria, necesítase completarla, enviando el enfermo á un clima fresco, de altitud moderada, sitio abrigado de los vientos, seco. Alimentarlo convenientemente, recomendarle, ante todo, el reposo vocal, sometiéndolo por tanto al silencio absoluto ó casi, durante un mes ó dos. Con estos medios podemos curar, seguramente, muchos casos, y aliviar otros tantos.

Los cuidados á que ha de someterse el paciente después de la intervención, son de capital importancia, y el mejor medio de llevarlos á la práctica, es recibiéndolos en un sanatorio *ad hoc*. Y cabe anotar de paso que es factor importante para la consolidación de la cura, la posición pecuniaria del paciente, pues no pocos gastos acarrea la permanencia en los sanatorios, y los demás cuidados complementarios del tratamiento galvano cáustico.

El método, que con detalles, acabamos de describir, ha recibido la sanción y el aplauso de casi todos los laringólogos del mundo. En París, Luc ha sido el *champion* y después de él, Lubet Barbon, Lermoyez, Sebileau, Castex y otros lo emplean á diario en sus servicios de hospital ó clínicas particulares.

A cada momento, en la prensa médica europea ó ante las sociedades sabias aparecen comunicaciones que ratifican la utilidad de la galvanocauterización en la

tuberculosis laríngea. Así, por ejemplo, en la sesión del 4 de Febrero de 1910 de la Sociedad Real de Medicina de Londres, el gran laringólogo inglés, Dundas Grant, habla de un enfermo, de 55 años de edad, con buen estado general y que presenta una infiltración enorme de la epiglotis, de los repliegues ari-epiglóticos y de la banda ventricular izquierda: esta última ulcerada; y además un tuberculoma en la unión de la epiglotis con el repliegue. El caso es considerado como desesperado. Se le hicieron tres sesiones de galvano caustia, con un mes de intervalo cada una. El enfermo curó, y cosa curiosa, sin haber interrumpido su trabajo. Citamos este caso como un gran éxito del método de Mermod.

En la sesión del 1o. de Abril del mismo año, y ante la misma Sociedad, Herbert Tilley presenta el caso de una mujer de 37 años, cuidada en un sanatorio por tuberculosis pulmonar; además tenía una banda ventricular tumefacta hasta el punto de ocultar las dos terceras partes de la cuerda vocal correspondiente, y ronquera de la voz .A pesar del tratamiento general, la laringe empeoraba. Se le hicieron cuatro sesiones de galvano caustia, y curó.

Siebenmann (de Bale) en su comunicación á la Sociedad Alemana de Laringología (sesión de Mayo de 1909) presenta una estadística de 65 casos tratados por el método de Mermod, con el resultado siguiente: 25 á 30 por ciento de curaciones definitivas; 15 por ciento de recidivas al cabo de un año; y un poco más del 50 por ciento que no curaron. Indudablemente que el porcentaje de curaciones no es muy brillante; pero hay que tener en cuenta que el autor citado cauteriza toda la región enferma *en una sola sesión*, y además no hace una ignipuntura adecuada sino que llega con la punta del catuerio hasta la submucosa ó el cartílago, lo que le ha traido graves accidentes post-operatorios, tales como hemorragias, enfisemas subcutáneos y hasta casos de muerte. Es de suponer, pues, que una técnica menos *ejecutiva*, si se me permite la expresión, hubiera mejorado su estadística.

Después de señalar los resultados obtenidos por otros, por medio de la galvanocaustia, mostraremos

nuestra estadística, bien pequeña por cierto. Pero es fácil explicar la causa. Aparte que no practicamos este método sino á partir de 1907, época en que lo conocimos por el trabajo magistral de Luc, aparecido aquel año, hay otro motivo muy importante. En nuestros paises, pequeños en población y no habituados aún definitivamente á la noción del *especialismo* en la profesión médica, resulta que los pacientes acuden donde cualquier médico por cualquiera dolencia, y éstos, en vez de dirigirlos donde quien mayor experiencia tiene sobre ciertas enfermedades, los dejan á su cuidado. Desde luego no me refiero ni á todos los colegas, ni á todos los enfermos. De todos modos esta circunstancia es el principal motivo de que nosotros hayamos tenido ocasión de tratar, tan solo, cuatro casos de laringitis tuberculosa en cuatro años, por medio de la ignipuntura eléctrica, sin contar, por supuesto, los enfermos afectados de esa dolencia que no requerían este medio de acción, ó porque la enfermedad estaba en sus comienzos ó bien en sus postrimerías.

He aquí las obesrvaciones:

Obs. I.—María de T., de 35 años, de Ponce, casada, con dos hijos. Sus antecedentes familiares no tienen importancia. Ha padecido de faringitis granulosa desde muy joven. Ha sufrido tres ataques de grippe. Algunos meses antes de Julio de 1907, época en que nos consulta, tuvo su última influenza, habiéndole quedado, dice ella, como relicario de ese proceso, una tos que le molesta mucho. Viene á nuestra consulta porque está ronca, tose mucho y su deglución es dolorosa, Su aspecto general es mediocre: medianamente gruesa, pálida, facies fatigada, apirética. Al examen de la garganta observamos cierta palidez del velo palatino y de la faringe bucal; al laringoscopio: palidez de la endolaringe, sobre la que se destacan el aritenoide derecho y la epiglotis, gruesos, rojos, infiltrados. Auscultamos sus pulmones; el izquierdo, normal; el vértice del derecho nos parece sospechoso. Conceptuamos que se trata de una T. L. en 2o. período, forma infiltrante, discreta.

Significo al marido de mi cliente toda la utilidad que podíamos sacar de la ignipuntura eléctrica; que personalmente no tenía ninguna experiencia, pera que era lo aconsejado. El accedió á mi deseo, y enseguida sometí la paciente á inhalaciones calientes, dos veces al día, con la siguiente mezcla de Luc:

Agua		900 gr.
Glicerina		100 gr.
Acido fénico	aa	15 gr.
Clorato de Potasa		

Usó esto durante 10 ó 15 días próximamente, y mi nuevo examen me demostró la regresión de su edema epiglótico. La infiltración del aritenoides no se modificó, lo cual me probaba que la lesión fímica estaba localizada allí. El 1o. de Agosto 1907 hice mi primera sesión de galvanocaustia, efectuando varias ignipunturas en el sitio afectado. El 22 de Agosto hice una segunda aplicación. El 2 de Septiembre examiné la enferma y se notaba una gran regresión del proceso, y la disfagia dolorosa había desaparecido por completo. En Octubre partía la enferma para el campo á consolidar su curación. Para esa época el aritenoides estaba normal, la tos era muy poco frecuente, y no existía ya la odinofagia. La paciente permaneció cerca de un mes en Adjuntas, pero llena de molestias, pues el hotel donde se alojó era muy incómodo; llovía, además, con frecuencia, y esa humedad le era perjudicial. No realizando aquel campo condiciones adecuadas regresó á Ponce, lugar de su domicilio; así y todo, había ganado algunas libras de peso, y su afección laríngea estaba curada. Sólo la tos la molestaba á veces: ya veremos que su laringe no era culpable de tal síntoma. Aconsejé que se la llevase á un sanatorio europeo ó norteamericano, ya que aquí desgraciadamente no lo tenemos, á pesar de poseer sitios adecuadísimos, y encantadores por el paisaje: esto no pudo realizarse. Señalé entonces á Aibonito ó Barranquitas, poblaciones cuyas condiciones de clima y altitud pudieran convenirle, pero tampoco fué posible conducirla allí.

Apesar de todo, la enferma llegó á engrosar bastante, no obstante, ciertos trastornos dispépticos; su laringe continuaba bien. Sólo la tos la incomodaba á veces y yo creí siempre que el estado de su pulmón derecho explicaba esto, y por ese motivo insistía tanto en el Sanatorio ó el campo apropósito: no Ponce, apesar de las comodidades de su casa, la rica alimentación, etc., etc. En 1909 fué llevada á New York: allí fué conceptuada curada de su laringe, pero afectada de su pulmón derecho. A poco regresó á Puerto Rico, la examino, y en efecto compruebo la estabilidad de su curación, pero desgraciadamente la mitad de su pulmón derecho está tocado. Insisto todavía en que se la lleve á un Sanatorio como recurso supremo contra su tuberculosis pulmonar: los recursos pecuniarios no permitían ese gasto. A fines de 1910 la enferma fallecía de una doble tuberculosis pulmonar é intestinal.

Este caso nos demuestra no solo la curabilidad de la T. L., sino la consolidación de ésta, á pesar de evolucionar con una tuberculosis pulmonar y de la aparición secundaria de una tisis intestinal, y nos deja vislumbrar que aquella pobre señora hubiera curado también de su tuberculosis incipiente, que yo diagnostiqué desde el primer exámen, si entonces se la hubiera llevado á un Sanatorio. Este es, pues, un caso de T. L. curado, que muere á causa de otras localizaciones bacilares, que hubieran podido detenerse ó evitarse, y nos enseña que el tratamiento complementario á la ignipuntura es cuestión capital en este género de afecciones.

Obs. II.—María de M., de Arroyo, multipara, de 30 años de edad, linfática, muy gruesa, pálida, de aspecto fatigado. Su padre murió de tuberculosis pulmonar. Ha sufrido de frecuentes catarros nasales y faríngeos. Nos consulta (Enero 1909) por una pequeña ronquera que la molesta hace algunos meses, y dolores al nivel de la región torácica anterior, en su tercio superior: ella se cree tuberculosa. Al examen observo: palidez del velo del paladar, granulaciones faríngeas, ligero enrojecimiento de los aritenoides, y vegetaciones en la región interaritenoidea que tienen todo el aspecto clásico de tuberculosas. Envío la enferma á dos compañeros competentes como auscultadores, y concluyen que ambos pulmones están sanos.

Comienzo por destruir sus granulaciones faríngeas como paso previo: instituyo inhalaciones de bálsamo del Perú, y pocos días después, en Febrero, procedo á la destrucción galvanocaáustica de sus vegetaciones. En dos sesiones con intervalo de 10 días, logro acabar con ellas. A fines de Febrero la reexamino y encuentro su laringe normal. Le instituyo upn plan médico é higiénico y parte á su casa, indicando á su esposo la lleve todos los años, durante el verano, á Aibonito ó Barranquitas. Las noticias que con frecuencia recibo, son de encontrarse muy bien.

Este es un caso de tuberculosis vegetante discreta perfectamente curada con la galvanocaustia.

Obs. III.—Bartolomé S., de Coamo, de 46 años, agricultor. Su padre habría muerto, según informes del paciente, de tuberculosis intestinal. De su pasado personal refiere frecuentes catarros nasales. En 1894 estuvo afónico durante seis meses, al cabo de los cuales curó, según el, gracias á la ingestión de aguas sulfurosas (?).

Desde Agosto 1908 viene sufriendo de la laringe; la voz se le ha enronquecido, ha tenido y tiene tos; ha tenido odinofagia, que casi ha desaparecido por completo. Presenta dolores que irradian de la laringe á ambos oidos, poca expectoración y ha rebajado 18 libras de peso en menos de un año. Los médicos tratantes le han hecho toques faríngeos con varias substancias, y dado jarabe de Gibert, al interior. Visto el ningún resultado obtenido con estos medios viene á consultarme el 24 de Marzo 1909.

Al examen laringoscópico noto: epiglotis grande, dura, infiltrada, con úlceras muy pequeñas, de fondo grisáceo y superficiales, situadas en su borde libre y cara laríngea. Los dos aritenoides y el espacio interaritenoideo están gruesos é infiltrados. Las bandas ventriculares están edematosas hasta el punto de cubrir las cuerdas vocales é impedir verlas en gran parte. Como signos subjetivos: ligera disfagia—hecho paradógico—apesar de la infiltración ariteno-epiglótica. Voz disfónica, dolores que se extienden de la laringe á ambos oidos. El examen de los pulmones los señala indemnes. Diagnóstico: Laringitis tuberculosa en el 2o. período (forma ulcero-edematosa. El examen bacterioscópico hecho por el Dr. A. Ferrán demuestra la presencia del bacilo de Koch en pequeña cantidad.

Tratamiento:—Marzo 30. Ignipuntura eléctrica de la mitad derecha de la epiglotis. Abril 6. Ignipuntura de la mitad izquierda. Mayo 1o. Ignipuntura del aritenoide derecho. Mayo 10. Galvano cauterización del aritenoide izquierdo, espacio interaritenoideo y algunos puntos complementarios en la epiglotis y aritenoide derecho. Para esta fecha pudimos notar la reducción de volumen del A. D., epiglotis y cicatrización de las úlceras de esta última. Durante este período de tratamiento se le ha indicado reposo vocal absoluto, algunas inhalaciones de bálsamo del Perú y eucaliptol. Mayo 20. Reexamino el enfermo y noto lo que sigue: aritenoide derecho y espacio interaritenoideo reducidos—notable disminución de volumen. El aritenoide izquierdo reducido, y cubierto aún en parte por la escara de la última cauterización. Epiglotis, como en el examen anterior. Banda ventricular derecha lo mismo que el primer día; la izquierda menos gruesa. En todas las sesiones de galvanocaustia he usado la ignipuntura profunda, nunca el cauterio chato. Resta, sólo, cauterizar las bandas ventriculares; mas, habiéndole hecho ver al enfermo que él requiere después de esta cura operatoria, una estadía en un Sanatorio "ad hoc", y no habiéndolos de ninguna clase

en Puerto Rico, y siendo, por otra parte, persona de recursos pecuniarios, decide marcharse á Europa, á hacer esta cura. Yo le aconsejo vaya á Suiza y se haga ver en Lausanne con el profesor Mermod mismo, el promotor del método en cuestión.

Advertido el enfermo de que estos maestros salen de sus ciudades durante el verano, se apresura á partir el 22 de Mayo y en el historial que hago para ser presentado á aquel laringólogo, hago ver que falta por cauterizar las bandas ventriculares. Nuestro enfermo parte, pues, en las mejores condiciones generales y locales, y yo espero, como es lógico, una curación radical.

Llegado á Suiza vá donde Mermod, y éste aprueba en todas sus partes mi diagnóstico y tratamiento. En algunas sesiones termina el tratamiento endolaríngeo, cauterizando las bandas, y lo manda luego no á un Sanatorio, propiamente dicho, sino á una estación de aguas termales, cuyo nombre no recuerdo ahora.

El enfermo me escribe desde allí como lo hacía desde Lausanne y se muesta descontento, entre otras cosas, porque le dá fiebre. Regresa á Lausanne al cabo de dos meses próximamente, y su médico lo encuentra curado de su T. L., pero le indica regrese cuanto antes á Puerto Rico. Llega á Barcelona muy malo: una pielonefritis lo aniquila: allí muere á poco.

Este es otro caso que cura de su T. L., y viene á morir de una afección intercurrente, pero probablemente de *origen tuberculoso,* según los datos suministrados por sus familiares, no por médicos. Yo me permito pensar que no ha debido ser extraño á este desenlace fatal la cura complementaria pasada en una estación de aguas termales, en nuestro sentir, el sitio menos adecuado á un tuberculoso de la laringe.

Obs. IV.—Francisco F., Rio Piedras, me consulta en Febrero de 1911: es un caso desesperado. De 40 y tantos años, con ambos pulmones afectados de tuberculosis avanzada, forma febril con gran expectoración. Sus lesiones laríngeas son discretas, pero le producen una disfagia horrorosa: los aritenoides son un par de nueces, y su epiglotis hace la impresión de un hocico de tenca. Este es un caso desesperado, y en las peores condiciones para la galvanocaustia; sin embargo, yo la uso, á título de paliativa, contra la disfagia; cauterizo los aritenoides en dos sesiones, y éstos disminuyen de volumen facilitando así la deglución. El enfermo puede alimentarse, mas como la epiglotis está tan gruesa, persiste esa causa de odinofagia. Lo indicado, en este caso, sería la epiglotectomia, pues la ignipuntura difícilmente podría reducir la

epiglotis, tal es su volumen y su dureza. Desgraciadamente mi pinza de epiglotis se ha extraviado, y me contento con hacer la ignipuntura. El enfermo se alivia, puede tragar mejor, ayudado por la ingestión de patillas cocainadas. De todos modos, este caso no podrá reaccionar convenientemente, dados su estado general y su doble fimia pulmonar.

Mi estadística, como se vé, es muy pobre: ya antes expliqué, en parte, los motivos. Así y todo, ella viene á corroborar, si nó de manera brillante, al menos real y tangiblemente, todo lo mucho que podemos obtener de la galvano caustia, así como también cuanta y cuan primordial es la importancia del tratamiento subsecuente, ordenado en tiempo oportuno y condiciones adecuadas, y cuales los desastres á que, lo contrario, puede conducir á los pacientes, siendo el no menos pequeño, ver morir enfermos curados de su tuberculosis laríngea, á causa de otras localiaczïones bacilares, que bien pudieran haberse evitado.

Resumiéndome diré:

1o.—De acuerdo con la mayoría de los autores opinamos que la tuberculosis laringea es una enfermedad curable en su 1o. y 2o. periodo, siempre que sea primitiva, ó en caso de ser secundaria, esté acompañada de lesiones pulmonares comenzantes y estado general bueno.

2o.—La tuberculosis laríngea en el 1o. periodo debe ser tratada más por medios fisioterápicos (clima, alimentación, reposo general y vocal) que por la farmacoterapia.

3o.—La laringitis tuberculosa en su 2o. periodo es tributaria, en la inmensa mayoría de los casos, de la ignipuntura eléctrica, tratamiento el más eficaz y racional contra dicha afección. Puede, no obstante, reservarse el *curetaje* de Herying á las formas vegetantes difusas, haciendo seguir éste, de la galvanocaustia.

4o.—La tuberculosis laríngea en el 3o. periodo es un proceso destructivo irremediable, el cual solo podemos aliviar. Las armas de que podemos disponer contra él son la morfina y algunos analgésicos, como el ortoforma y la anestesina en insuflaciones.

5o.—La traqueotomia tiene solamente dos indicaciones en la afección á que aludimos: su forma esteno-

sante, y ciertas disneas del 3o. periodo. Eventualmente será también urgentemente indicada contra aquellos accesos de disnea ó asfixia episódicos, debidos á maniobras brutales de curetaje ó ignipuntura, productoras de espasmos glóticos ó enfisema subcutáneo.

6o.—El sanatorio es corolario obligado é indispensable de la galvanocaustia laríngea; y en su defecto un clima seco, de altitud, de presión atmosférica moderada, al abrigo de los vientos del Norte, y donde el reposo general y vocal y una alimentación reparadora sean efectivos.

*
* *

Si este trabajo, donde se hallan mezcladas la experiencia y la doctrina de grandes maestros, seguido de ligeros comentarios y crítica y de una modestísima contribución personal, logra despertar entre el gremio médico de Puerto Rico algún interés en favor de esta importantísima cuestión, y por lo tanto, viniese á señalar el inicio de una nueva era, en el sentido de que el empleo del método de Mermod se generalice entre nosotros, y logremos así arrebatar algunas víctimas á la tisis laríngea, yo me sentiría satisfecho de haberlo escrito, puesto que indudablemente habría hecho obra útil, verdadera obra de altruismo.

F. H. RIVERO, M. D.

Miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico.
Individuo de Núemro de la Academia de Medicina de Caracas.
Ingeniero Civil y Doctor en Ciencias.

———

INDICE BIBLIOGRAFICO.

———

A. Castex.—Maladie du nez, des oreilles et du larynx—2me edition.

Dundas Grant.—Tuberculose du larynx guérie par la galvanocaustie.—Comm. á la Royal Society of Medecine of London *in* Annales del mal. de l'oreille et du larynx—Septembre 1910.

J. Guisez.—Maladies du larynx.

Herying.—Vingt ans de traitement chirurgical de la tuberculose laryngée—Comm. au I Congrés russe d' Oto-Rhino Laryngologie *in* Annales des Maladies de l' oreille et du larynx—Décembre 1909.

Krammer.—Archiv. für Laryngologie. Bd. XXI—No. 3.

H. Luc.—Traitement de la phtisie laryngée—Journal de Praticiens Nos. 5 et 6—Fevrier 1907.
Mermod.—Citado por Luc.
Moure.—Maladies de la gorge.
Nepveu.—Sur la technique de la phototherapie en oto-rhino-laryngologie.—Comm. á la Societé de Laryngologie, Rhinologie et Otologie de Paris *in* Annales des Mal. de l' oreille, etc.—Aout 1910.
Portela.—Tratamiento y curabilidad de la tuberculosis laríngea.—Informe al Congreso de Laringología de Sevilla—1910.—Extractado en Revísta Española de Laringología de Tapia—Nos. 1 y 2—1910 y Ann. des Mal. de l' oreille et du larynx—Novembre 1910.
Rabé.—Traitement de la laryngite tuberculeuse—Bulletin de laryngologie 1908.
Louis Rénon.—L' esprit d' un traitement scientifique réel de la tuberculose laryngée—Journal des Praticiens—No. 47.—1910.
Siebenmann.—Considérations sur le traitement galvanocaustique de la laryngite tuberculeuse—Comm. á la Societé Allemande de Laryngologie *in* Annales des Mal. de l' oreille et du larynx. Mai 1910.
Herbert Tilley.—Laryngite tuberculeuse guérie par galvanocaustie.—Comm. á la Royal Society of Medecine of London *in* Annales del Mal. de l'oreille et du larynx. Septembre 1910.

NOTICIAS

Según el balance practicado por el Tesorero de la Asociación existe hasta el día 31 de Marzo la cantidad de $1,064.73.

Se suplica á los Sres. Delegados de Distrito hagan lo posible porque se pongan al día, en sus cuotas atrasadas de la Asociación Médica, los compañeros morosos de sus respectivos Distritos, de los cuales se les envió relación por el Tesorero. Sería muy lamentable que dichos compañeros tuvieran que ser dados de baja en cumplimiento de la que prescribe el Reglamento de nuestra Asociación.

Hasta el día de la fecha se han dado de alta en el Fondo de Protección Médico 8 asociados, sabiéndose de muchos más que pronto ingresarán.

Existe en el fondo de dicha institución hasta la fecha la cantidad de $164.00 que ha ingresado por concepto de cuotas de en-

tradas y semestrales y por venta de varias hojas de papel para certificaciones.

Sabemos que el Presidente de la Asociación Médica está redactando unas circulares que se relacionan con la venta del papel para certificaciones, cuyo producto se destina á aumentar los ingresos del fondo de Protección Médica.

Recordamos á nuestros distinguidos compañeros de Ponce, que las hojas para certificaciones médicas se encuentran depositadas en las Farmacias de Villaronga, Central, Moscoso y Vallecancio, así como también en poder del Delegado del Distrito Dr. G. Salazar.

Relación de los médicos que residen en P. R.

ENERO 11 1911.

Adjuntas: Dr. **Celso Caballero**

Arecibo: Dres. Manuel Figueroa, **Miguel Roses Artau, Francisco M. Susoni**, R. Boid, **Fernando Alemán, Manuel M. Roselló**, Luis C. Boneta, **P. Ramos Casellas.**

Aguadilla: Dres. Arturo Torregrosa, B. Jiménez Serra, **Pablo Zamora**, Ricardo Blásquez.

Aguas Buenas: Dr Alfredo Márquez.

Añasco: Dr. **Manuel Dueño.**

Arroyo: Dr. **M. Rovellat Canals** y Dr. Juan Trujillo.

Barceloneta: Dr. **Aguirre.**

Barranquitas: Dr. **Gil Ponce de León, Dr. Angel M. García.**

Barros: **Dr. Gregorio Santo Domingo.**

Bayamón: Dres. **M. Fernández Nater, Agustín Stahl, Manuel Fosas,** Aurelio Lassaleta, Jesús Ma. Amadeo, A. Santana Náter, S. Stephenson, Willis Stephenson, **Leopoldo Figueroa.**

Cabo Rojo: Dres. **Atilio Gaztambide, Félix M. Vilella.**

Camuy: Dr. **Felipe A. García.**

Caguas: Dres. Manuel Jiménez Cruz, P. Jiménez Sicardó, Víctor Coll y Cuchí, **Mora Vahamonde, Víctor Gutierrez Ortíz.**

Carolina: Dres. **J. Aubray, C. Fernández.**

Cayey: Dres. **Antonio Villeneuve, José Martí,** Tomás M. Foley.

Ciales: Dr. **Francisco Martínez.**

Coamo: Dres. **Leonardo Igaravídez,** Florencio Santiago, Juan Santiago Torres, **Arsenio Vallecillo.**

Comerío: Dres. **Martín O. de la Rosa,** A. Umpierre.

Corozal: Dres. **A. Bou de la Torre, Miguel Herrero.**

Culebra: Dres. G. W. Shepherd, P. R. Stalnak.

Fajardo: Doctores **Santiago Veve,** Miguel S. Veve, J. M. Saldaña, Juan Veve, F. Vizcarrondo, José Díaz.

Guayanilla: Dr **Manuel Zavala Rodriguez.**

Gurabo: Dr. Félix Villamil.

Guánica: Dr. **H. B. Knapp.**

Guayama: Dres. **Aurelio Lacasa,** Alejandro Buitrago, Ramón Vergnes Santos, **Francisco Izquierdo,** José María Muñoz, **Alejandro Ruiz Soler.**

Humacao: Dres. **Pedro J. Palou, Isidro A. Vidal, Pablo Font Martelo, E. García Lascot,** Clemente Mercado, James A. Brices.

Hatillo: Dr. **Vicente Roure.**

Isabela: Dres. **J. E. Luigi,** John Honell Harris.

Juncos: Dres. **J. Barreras, J. G. Bajandas.**

Juana Díaz: Dres. Enrique Vallecillo, Ramón A. de la Torre, Julio Audinot.

Lares: Dres. **J. Benet Valdés, Francisco Sein.**

Las Marías: Dres. Charles Guffain, García Suarez.

Loiza: Dr. **S. Vizcarrondo.**

Lajas: Dr. **Hipólito Aparicio.**

Manatí: Dres. Francisco V. Colón, A. Jordán, **M. Blazquez,** Octavio Jordán.

Mayagüez: Doctores Black Stanny, Conrado Hernández, **Rafael U. Lange, Pedro Perea Fajardo,** N. Jiménez Nussa, **J. Martínez Guasp, Martín Travieso, Marcos A. Manzano, Augusto Franco Soto, Domingo Luis Vadi,** Andrés Orsini, **Manuel G. Rodríguez, Luis F. Santos, Antonio Blanes,** Willis W. Creswell.

Maunabo: Dr. **Rafael Stella.**

Maricao: Dres. **Oms Sulsona,** L. Oms Puig, **E. Pina Casas.**

Morovis: Dres. **Pedro Rivera,** D. Córdova.

Naguabo: Dr. **Casimiro García del Valle.**

Peñuelas: Dres. M. B. Caballero, **E. Canino.**

Patillas: Dres. José Daussá, **R. Vergne Castello.**

Ponce: Dres. E. Vidal Ríos. **M. de la Pila Iglesias,** R. López Nussa, Agustín Pietri, **G. Villaronga, P. Hernández, Florencio Suárez, Julio Ferrer, Guillermo Vives,** Vicente Santoni, **A. Ferrán,** L. Aguerrevere, U. S. Córdova, **A. Giol Texidor, M. Carratón Muñoz,** Ch. Edw. Ruth, P. Salicrup, **Guillermo Salazar,** A. Santaella Costa, **Carlos Vogel,** Carlos Vives, **J. F. Costas Díaz, Antonio Mayoral,** Félix García de la Torre, **Manuel Lamela Alvarez.**

Rio Grande: Dres. Luis D. Otero, **Luis Pereira.**

Rio Piedras: Dres. **V. Flores Arrieta, José Marcano,** L. P Orcasitas.

Selinas: Dres. A. Godwin Merhof, **A. Paniagua.**

San Germán: Dres. L Rodríguez Ferrer, E. Quiñones Carmona, Rafael Vera, **E. F. Otis,** Eurípides López, Arturo Biaggi.

Sabana Grande: **Dr. Félix Tió.**

San Lorenzo: Dres. L. García Lugo, **Simón Moret.**

San Sebastián: Dres. **J. A. Franco,** Rodríguez Cancio.

Santa Isabel: Dr. **José González.**

Toa Baja: Dr. **P. Bonelli.**

Utuado: Dres. Adrián Cueto, Mariano Caballero, Agustín Díaz.

Vega Alta: Dr. José M. Santiago.

Vega Baja: Dr. **José H. Amadeo, Dr. Juan S. Morales.**

Vieques: Dres. **G. Carreras, J. S. M. Pressly.**

Yabucoa: Dres. **J. E. Berrios, Diego Román Díaz.**

Yauco: Dres. **Jacinto Zaratt, Rafael Gatell,** Ramón L. Rodríguez, **Pedro Malaret, Palmira Gatell,** Darío Franceschi, Manuel García.

San Juan: Dres. Gómez Valencia, **E. Coronas,** E. Raimond Hilderth, Ed. Huntington, **José A. Vázquez,** U. R. Wehn, **José Chacar, Elisa Rivera, R. Vélez López, G. Carrera, C. Coll y Toste, R. Ruiz Arnau, R. del Valle Rodríguez, F. Matanzo, Lugo Viñas, Gustavo Muñoz, Francisco Rivero, W. E. Lippitt, Reguero Feliú, Fernando González, M. Quevedo Báez, Francisco R. de Goenaga,** P. Gutierrez Igaravidez, **José M. Cueto, José N. Carbonell, E. Font y Guillot, E. García Cabrera, John S. Browne, Jorge del Toro, Guillermo Curbelo, José Gómez Brioso, José C. Barbosa, Francisco del Valle, Pedro del Valle, L. García de Quevedo, Narciso Doval, E. Verges Casals, Salvador Ross, Francisco J. Hernández, Felipe B. Cordero, V. Llovet, S. González Martínez, José S. Belaval, A. Molina St. Remy, Ana Janer Palacios, M. A. Frías, Salvador Giuliani, Walter A. Glines, Jesús Monagas, José Carballeira, Jacinto Avilés, José E. Saldaña, E. K. Ashford, Rafael López Sicardó, J. López Antongiorgi, José Guzmán Soto, Jacobo Calvelas.**

NOTA.—Los nombres que están entintados son miembros de la Asociación Medica de Puerto Rico.

NB. (volume 8), Serie No 79 missing now unable to obtain

BOLETIN

DE LA

Asociación Médica de Puerto Rico.

VIII. | NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 1911. | Número 80.

SUMARIO.

Herida penetrante del abdómen y sección transversal del ciego en su parte media.

Por el Dr. Pedro Perea Fajardo.

Señores:

Al ocupar la atención de mis compañeros en esta culta ciudad de Arecibo, satisfago un deseo, y al mismo tiempo creo cumplir un deber saludando cariñosa y respetuosamente al ilustre Presidente de nuestra Asociación Médica, mi maestro, el doctor Don Elíseo Font y Guillot, así como también á los honorables compañeros y demás ciudadanos que nos honran con su presencia.

No tengo la pretensión de creer que si no escribo ó dejo de decir algo en esta Asamblea Médica, el mundo de los sabios estará de duelo; voy sólo, á decir una cosa así á la buena de Dios, acerca de un caso, que he creido interesante por las circunstancias especiales que lo han acompañado.

Perdonadme señores, si cada vez siento mayor embarazo y más dificultades al cojer la pluma para describir una de mis notas clínicas, y creedme, que si la repetición de actos facilita éstos, haciéndolos intuitivos en su parte mecánica, entorpece al discurrir y razonar acerca de los mismos.

Y dicho ésto á manera de exordio, voy, pues, á relataros lo mejor que pueda, la historia fiel é interesante de mi enfermo, q ésta comunicación la llevo á cabo después de un año y medio de realizada la operación, y de esa suerte, podréis aquilatar

en su justo valer la precisión del acto quirúrgico, y los resultados inmediatos y lejanos de la intervención.

José Barber, de 24 años de edad, de color blanco y constitución robusta, fué admitido en nuestra clínica Médico-Quirúrgica el día 15 de Diciembre de 1910. Este enfermo hacía tres días había sido atendido por mí en el barrio de Puerto Real, (municipio de Cabo Rojo) donde fuí llamado para hacerle la cura de una herida penetrante del abdómen, la que, según me informaron, tenía solo algunas horas de haber sido inferida. Esto fué, señores, en la mañana del día 11 del mismo mes, habiendo sido informado al llegar á aquellas playas, que el enfermo hacía 48 horas, había sido curado por mi compañero residente en el pueblo de Cabo Rojo, el doctor Gastambide, quien, en la tarde del día 9, había extraído un cuchillo del vientre de nuestro pasiente, y suturado después con dos puntos la herida de la pared abdominal, dando así por terminado el acto quirúrgico.

En presencia del enfermo, y sin examinar la herida, pude notar al monmento, que se hallaba bajo la acción de una verdadera septicemia, y copiando á Guinard, podemos repetir, que su rostro tenía un tinte plomizo, los ojos hundidos y la nariz afilada, su lengua estaba seca y había sed ardiente, los vómitos verdosos, muy frecuentes y muy fétidos, el vientre timpanizado y muy doloroso especialmente alrededor del ombligo. El pulso pequeño y filiforme, oscila ya entre 10 2y 140 notando también que existe una hipotermia notable, pues su temperatura sólo llegaba á 35 grados y medio. Los sudores profusos, las extremidades frías, las manos violáceas y la piel negruzca. Nuestro enfermo se agrava rápidamente. La respiración es más corta cada vez. Ante este estado de cosas, retiré de la pared abdominal el apósito que recubría la herida, notando al instante que ésta había sido inferida en la región iliaca derecha y como á dos traveses de dedo más abajo del punto de McBurney. Fijándome detenidamente, pude notar también la coloración especial de los bordes de la herida así como una tumoración localizada en la misma región y acompañada ésta de una fluctuación bastante manifiesta, lo que indicaba sin dida ninguna, que existía un derrame en la cavidad y que era necesario su evacuación inmediata.

Ante tal estado de cosas, no siéndome posible convencer á los familiares del enfermo sobre la necesidad de su traslado á

un sitio apropiado para efectuar la intervención, y sin contar allí con más ayuda que la del compañero, doctor en Cirujía Dental, señor don Eugenio Cámara, resolví, no obstante, á instancias de la familia, hacer algo para salvar la vida á mi cliente, preparándome lo mejor posible para dicha intervención, que en mi opinión, tenía que resultar difícil. Preparado todo para intervenir, se presentaba un gran inconveniente, la anestesia clorofórmica, que se hacía difícil por el estado gneneral del enfermo. En tal situación, necesitando resolver, hice uso de la punción lumbar, que medió muy buen resultado, habiendo sido hecha ésta en el cuarto espacio cefalo-raquideo-lumbar, dando salida á veinte gotas del líquido cefalo-raquídeo é inyectando luego una ampolleta de cinco centímetros cubicos de una solución de estovococaína al dos por ciento. La punción lumbar fué buena desde el primer momento siendo de notar sólo, la resistencia que ofrecían los ligamentos inter-espinosos, de modo que solamente por la salida del líquido cefalo-raquídeo se podía estar seguro de haber introducido la cánula en el espacio subaracnoideo. A los cinco minutos de la inyección, presentábase analgesia de las extremidades inferiores que rápidamente invade los muslos y parte inferior del abdómen para alcanzar á los quince minutos hasta el nivel del ombligo, consiguiendo la anestesia deseada y practicando la operación, en aquellos momentos de urgencia.

El acto quirúrgico después de lo ya mencionado, consistió en retirar aquellos puntos de la herida por la cual salió una gran cantidad de serosidad y materias excrementicias; como la herida era pequeña, pues solo medía aproximadamente tres centímetros, poco podía observarse de lo ocurrido interiormente, habiendo sido necesario el agrandamiento de la misma para posesionarse así, de la verdadera situación del acto operatorio que había que realizar. Pronto nos dimos cuenta de lo que allí sucedió; á la lesión de la pared abdominal, siguió una herida del intestino, que resultó ser el ciego, habiéndose perforado no solamente su pared anterior, sino también la posterior, un poco más arriba con un pequeño desgarre del peritoneo parietal y músculo psoas del mismo lado. El tiempo transcurrido desde el momento de la lesión patológica que nos ocupa al de esta intervención, había dado lugar á la formación de algunas adherencias; ante el cuadro ya descrito, era necesario efectuar una **enterorrafía** la que practiqué seguidamente, terminando mi

operación dejando la cavidad abdominal abierta, colocando allí un tubo de desagüe y gasa como drenaje correspondiente en toda la lesión ya séptica.

El tratamiento impuesto desde aquel momento, fué: hielo sobre el vientre y el extracto tebáico en píldoras de un centígramo cada dos horas. Inyecciones de suero fisiológico, estricnina, ergotina, cafeína, esparteína y aceite alcanforado, fueron también administrados según se presentaba la indicación para ello. Toda alimentación por la boca fué suspendida durante setenta y dos horas.

Tres horas me mantuve á la cabecera del enfermo después de esta operación, temiendo un desenlace fatal inmediato, más teniendo necesidad de volver á Mayagüez, dejé mi enfermo al cuidado del Médico Practicante de aquella vecindad ordenando se me avisara cualquier cambio que se presentara en mi ausencia.

A las 24 horas y sin ser llamado, volví á ver á mi paciente, que sólo había sido atendido por el Practicante, y en vista de su estado general, de la gravedad del caso y de la falta de asistencia asidua y meditada, resolví su traslado á nuestra Clínica, lo que efectuamos después de una lucha desesperada con sus familiares, quienes á todo trance le querían mantener á su lado.

La primera cura después de las primeras 48 horas que siguieron á mi operación, demostró que la herida prometía curar sin contratiempo, presentándose, sin embargo, al tercer día, una fístula que daba salida al contenido intestinal, pero, que no nos alarmó en manera alguna, pues esperábamos mejor oportunidad para una tercera operación si hubiese sido necesario. Ante la gravedad de nuestro enfermo, por su estado peritoneal agudo, desatendimos por completo la lesión intestinal, ya que lo primero requería todo nuestro cuidado, pues nuestro enfermo parecía ir rápidamente á una terminación fatal. La infección no había cedido, á pesar de los lavados y curas anteseépticas de la herida; existía siempre un derrame seroso y turbio que salía poco á poco por la abertura abdominal y entre las adherencias allí formadas. Por la pequeña perforación intestinal se escapaba el líquido de un olor estercoráceo infecto. Las asas intestinales á la vista, estaban congestionadas, y como al abrir vientre. El dolor era muy intenso, y generalizado al principio, estaba localizado ahora. Existía una verdadera rigidez abdominal. Los movimientos respiratorios eran puramente torácicos. Los vómi-

tos eran biliosos y parecidos á los que se producen en la oclusión intestinal. La temperatura alta; el termómetro acusaba 39 y 40 grados. El pulso estaba pequeño, duro y deprimido, caracteres éstos que constituyen el modo de ser clásico del pulso de la peritonitis aguda franca; el estado general, como podeis ver por estos síntomas, siguó siendo grave, la lengua seca, la sed ardiente, y sin embargo, no se atreve á beber á causa de los vómitos y el hipo, la respiración se hace más corta cada vez y por la distensión gaseosa del estómago é intestino, tiene verdaderos accesos de disnea. La orina es escasa y contiene una pequeña cantidad de albúmina. Así se mantiene nuestro enfermo tres días más, empezando después todos los síntomas á ceder paulatinamente, así como también haciéndose menos visible la perforación intestinal, que sanó por completo á los doce días, cuando ya nuestro eneefermo estaba en plena convalescencia; durante el curso de esta mejoría, tuvimos ocasión de descubrir otra complicación que pueso de nuevo en peligro la vida de nuestro eneefermo, y fué ésta una neumonía doble que supusimos debida á una infección por la vía linfática de la infección del peritóneo á través del centro frenico ó por la congestión pulmonar debida á la introducción en los bronqueos de los líquidos procedentes de los vómitos. Nuestro tratamiento durante todo el período peritoneal fué el mismo que he indicado más arriba, cambiando algunas veces el extracto tebáico por inyecciones de morfina y atropina. Inyecciones de suero constituyeron la base de nuestro tratamiento, haciéndolo á veces por la vía subcutánea, otras por la vía intravenosa. Así mismo no abandonamos nunca ninguno de los tónicos cardiacos ya mencionados.

El día 14 de Enero de 1911, fué dado de alta nuestro enfermo, marchando á su casa completamente curado, no sólo de la perforación intestinal, sino también de la herida abdominal y bastante repuesto ya, después de la ruidosa evolución de esta dolencia.

Este caso, señores, así como otros más de peritonitis aguda por perforación del ciego, debido á una apendicitis perforante, y cuya historia omito relatar por no resultar cansado, viene á demostrarnos una vez más que el pronóstico de la peritonitis por medio de los adelantos de la cirujga, es mucho más consolador que el que resultaba anteriormente. Todas las peritonitis sabemos bien, que pueden ser directa ó indirectamente fatales, y estas observaciones nuestras, que de un estado sub-agudo han

pasado rápidamente á un estado agudo, para resolverse después en quince días más ó menos, sin duda ninguna, nos hacen esperanzarnos más con las tratamientos quirúrgicos modernos para que ningún caso deba ser considerado como incurable, en tanto que un átomo de vida exista en nuestro enfermo.

Teniendo en cuenta, como dice Fowler, lo raro que resultan los accidentes calamitosos en las intervenciones quirúrgicas, no debemos vacilar en tratar con el bisturí todos los casos de peritonitis, y para mayor resultado efectuar la operación dentro de las diez ó doce horas de haber sido dignosticado; haciendo esto, nos dice nuestro autor, podremos tal vez reducir el promedio de mortandad en la peritonitis á la pequeña fracción del uno por ciento.

En otras palabras, un diagnóstico preciso, una técnica operación adecuada y un tratamiento post-operatorio bien instituído pueden evitarnos casi siempre los horrores de una enfermedad tan terrible y fatal para nuestros pobres enfermos.

La profesión en general debe saber que es ésta una afección de tratamiento quirúrgico, y todos nuestros esfuerzos de hoy, deben ser guiados á educar nuestro pueblo al conocimiento de estos hechos.

Algo sobre anestesia clorofórmica.

Por el Dr. Ramos Casella.

Señores de la Asamblea:

He querido consumir este turno que tan bondadosamente se me ha concedido, para presentar ante vuestra ilustrada consideración un humilde trabajo que, aunque poco tiene de original, lo juzgo de gran importancia por tratarse de cierto ramo de nuestra profesión que por lo general se le presta poca atención, ó mucho menos de lo que el asunto en sí merece. Me refiero, señores, á la administración de los anestésicos generales y especialmente al cloroformo, por ser éste el más usado en este país. Leemos en los textos, y vemos en los hospitales, á personas que, sin ser médicos, administran cloroformo con éxito, y nos acostumbramos á tomar este ramo como el menos importante de nuestra profesión; en cambio tenemos la desgracia de que se nos muera en la mesa de operaciones un enfermo robusto y al pare-

cer saludable, y nos aterrorizamos y proclamamos á los cuatro vientos los horrores y peligros del cloroformo. Y todo esto se debe, señores, á una sola causa: al uso empírico de los anestésicos. Es hermoso y envidiable tener una larga práctica profesional, pero el empirismo es siempre peligroso. Y conste que creo firmemente que no se necesita un título de doctor en Medicina para anestesiar un paciente; conozco personalmente algunos practicantes expertísimos en este arte; unos porque administran la droga científicamente; otros porque una larga experiencia les ayuda. Los primeros saldrán airosos siempre; los segundos, habrán tenido y tendrán grandes fracasos. Precisamente el conocimiento de alguno de estos percances me han guiado á presentar este modesto trabajo.

Los médicos en general debemos siempre tener presente que, durante una anestesia se suspende por completo la actividad del sistema nervioso casi en su totalidad, exceptuando aquellas funciones que son absolutamente necesarias para la vida. Los anestésicos administrados en cualquier forma constituyen un peligro, mucho más cuando se administran de una manera poco científica, sin tener en cuenta ni apercibirse uno de la cantidad de anestésico que administra.

Bien sabemos que en nuestras farmacopeas no encontramos dosis fijas para ninguno de los anestésicos hasta hoy conocidos, y que mientras un individuo resiste la administración de tres ó cuatro onzas de cloroformo y hasta más, para una anastesia total, otros pueden anastesiarse con una cantidad mucho más pequeña; en una ocasión anestesiamos una mujer á quien se le amputó una mano con doce gramos de cloroformo. Hay, sin embargo, guías importantes que le permiten al anestesiador darse cuenta exacta de la cantidad de anestésico que administra á determinado enfermo; en otras palabras: el paciente mismo, con las observaciones que en él hacemos durante la administración del anestésico, nos dá la dosis, nos señala el camino que hemos de seguir. Inhalaciones clorofórmicas primeramente aceleran de momento el pulso y la respiración, después disminuyen la actividad de las porciones preceptivas del cerebro y finalmente producen un estado de quietismo en las porciones motoras de la corteza cerebral; si seguimos administrando anestésico, deprimimos los centros motores en la médula, pero cuando se produce este estado, es que hemos abusado de la droga administrando una cantidad mucho mayor que la

que se necesita para producir una anestesia completa; una gota más y las funciones vitales sufrirían tanto que sobrvendría la muerte.

La acción del cloroformo sobre el sistema circulatorio y el respiratorio, es determinada é importante. No hay la menor duda de que el cloroformo tiene una acción deprimente sobre la respiración; pero esta acción no se debe en parte á una alteración del riego sanguíneo de la médula, y no es un factor de gran importancia si se compara con los efectos de la droga sobre el sistema circulatorio, porque es de todos conocido que el cloroformo no causa la muerte por depresión directa de los órganos respiratorios. El ritmo y profundidad de los movimientos respiratorios pueden ser alterados por el cambio de riego sanguíneo en la médula y por los efectos que produce la droga en la mente del paciente; estos fenómenos deben ser observados cuidadosamente no porque ellos presagian desastre, sino por que nos dán una oportunidad para determinar la dosis de cloroformo que el paciente inhala. En otras palabras, debemos observar la respiración y si ésta durante una anestesia completa se pone rápida, profunda y arítmica, es porque estamos administrando de momento una cantidad de anestésico mayor que la que el paciente puede tolerar. Los que sostenemos el vigilar la respiración más que el pulso lo hacemos, no porque creamos que la muerte pueda resultar por depresión del centro respiratorio, sino porque nos sirve como gran indicador de un curso anestésico bueno ó malo. En todos los casos es más importante el vigilar la respiración que el pulso, porque por este medio nos damos cuenta de la dosis y podemos calcular lo que está sufriendo el centro respiratorio, y como este centro es lo primero que sufre con una mala circulación, de ahí que podamos darnos cuenta de que el anestésico está produciendo malos efectos antes que nos lo revele estado del pulso, que á estas alturas nunca es alarmante; mientras que si nos limitamos á observar el pulso solamente, venimos á notar el peligro muchas veces cuando el corazón ha dejado de latir ó, cuando su estado es tal que requiere ardua labor para poderlo traer á su estado normal; si es que tenemos la suerte de que reaccione.

No hay duda alguna de que el cloroformo, sea cual fuere la dosis que se administre, disminuye el poder cardiaco, pero tampoco hay duda de que cuando se administra á un paciente saludable el efecto deprimente circulatorio no recae sobre la

fibra muscular, sino sobre el centro vaso motor y posiblemente sobre las capas musculares de los vasos, y como resultado tenemos una baja de presión sanguínea desde las primeras inhalaciones después la aprehensión nerviosa del enfermo ha pasado Tan pronto baja esta tensión, disminuye el riego sanguíneo en el centro respiratorio, por consiguiente, disminuye también la capacidad funcional de este órgano. Y este hecho nos lo prúeban los métodos que usamos en accidentes clorofórmicos: la inversión del paciente, la aplicación de vendajes á los mienbros, el uso de la atropina para evitar congestión en el area esplanenica, etc., todos tendentes á restaurar un buen riego sanguíneo en la médula. Este estado de relajación vascular aparece más evidente cuando nos acordamos de las muchas muertes ocurridas en oficinas dentales en pacientes que han sido cloroformados en una silla.

Para recopilar, diremos que el cloroformo actúa primero sobre el centro vaso motor, después sobre el centro respiratorio, y últimamente sobre el corazón. Lo que acabo de exponer no niega en manera alguna que el cloroformo pueda producir muerte repentina debido á una parálisis cardiaca, pero esto ocurre, señores, en personas cuyo corazón está lesionado.

Otra guía para el anestesiador más importante y más fácil de interpretar, es la reacción pupilar, la cual no siempre podemos utilizar porque el paciente puede tener alguna afección visual que no permita á la pupila sufrir los cambios que voy á referirme. Rose de Londres, guiándose por la pupila, divide la anestesia clorofórmica en cuatro períodos: primero, período prodromal ó sea el de las primeras inhalaciones clorofórmicas, caracterizado por una dilatación pupilar con reacción franca á la luz. Segundo período, de anestesia, en el cual la pupila está contraída y reacciona fácilmente. Tercero, período de anestesia completa en el cual esa pupila contraída pierde en absoluto su poder reactivo, y cuarto, periódo de anestesia profunda, aquél en el que la pupila contraída sin reacción empieza á dilatarse.

Habréis notado que para nada cito la reacción conjuntival de que tanto uso se hace, y ahora lo hago para condenarla, porque, si bien es verdad que tan pronto desaparece, el paciente se halla en un período de anestesia, también es muy cierto que después de eso no es de utilidad alguna pues no nos demuestra el grado de anestesia en que se encuentra nuestro enefermo, y ello da lugar á que, ó administremos más cloroforma del nece-

sario y pongamos así en peligro la vida de nuestro enfermo, ó á que administremos una cantidad insuficiente y hagamos sufrir al enfermo y al cirujano; el primero porque sufre en su sistema nervioso, y viene el shok y se producen los vómitos, etc., el segundo por los inconvenientes que presenta un enfermo moviéndose ó vomitando en cualquier operación, y especialmente en aquellas del abdómen y de las vías urinarias.

Conclusiones:

Que debemos condenar la poca importancia que se atribuye á la anestesia general procurando que no anestesíe el primer individuo que nos diga que sabe cloroformizar y únicamente nos confiemos á aquellos indivíduos, médicos ó practicantes, que hayan hecho de esta parte de la cirugía una verdadera especialidad.

La nueva biología y su autor el Dr. Alfonso L. Herrera.

A mi maestro el doctor E. Font y Guillot, distinguido médico y psicólogo puertorriqueño.

Mientras Porfiristas y Maderistas mantienen contienda horrible que conmueve profundamente la nación, la vieja guardia evacua el Palacio Nacional, y en marcha triunfal, las huestes revolucionarias se enseñorean del legendario Chapultepec; la muerte, las enfermedades y el hambre de esta guerra fratricida entre mexicanos hace estragos, y cae en supremo paroxismo el gobierno de un hombre que fué el amigo de los grandes pensadores, de los artistas y de los sabios; otra revolución de índole muy distinta, mucho más sensacional y sorprendentemente maravillosa por su carácter científico, tiene lugar en el misterioso mundo de la Biología.

En la primera de estas contiendas hay destrucción de vidas y demolimiento de una civilización creada por un hombre excepcional. En ella el hombre se dedica á matar y saquear á sus semejantes, y es la tierra ensangrentada el campo de acción de estas monstruosas lides.

En la segunda, es el hombre el revolucionario de una idea

y de una ciencia; un biólogo que construye celdillas artificiales y conquista triunfos en el fondo luminoso del ocular microscopio.

. . . .

. . . .

En efecto, una ciencia nueva—la Plasmogenia—comienza su etapa gestatoria y trata de resolver valientemente el misterioso problema de la génesis del plasma. El ilustre bióligo, el Lamark mexicano, el creador de esta nueva ciencia que amenaza revolucionar los ilustres principios del coloso Pasteur; este iconoclasta en sensacional folleto demuestra como Pasteur delinquió en muchos errores que obscurecieron la ciencia durante cuarenta años.

Siguiendo el consejo de Descartes que no es posible llegar á la verdad sin desprendernos de gran parte de las opiniones recibidas por tradición, este mago de la alquimia, bien conocido en la actualidad en el mundo de la ciencia, sorprende en el silencioso concierto de la química biológica la misteriosa génesis de la célula viviente, y cree que en día no muy remoto una de las páginas más gloriosas de la plasmogenia, solucionará el hasta ahora tenido por fantástico problema de la vida artificial.

Sin profundizar en tan difícil estudio y manteniéndome al borde de la ciencia, como diría Ygenieros, voy pues á decir en síntesis, lo que hasta ahora se ha demostrado en esta nueva rama del saber humano:

Al recordar los gratos momentos que departí con este sabio amigo (Alfonso L. Herrera) y recorriendo con la imaginación las curiosas figuras carioquinéticas que coloreadas y lleno de entusiasmo me enseñaba en la platina del microscopio, hoy, al leer su primer informe positivo y completo, que juntamente con amistosa carta me remite, y en el que trata de la vida universal biológica, asocio á cada párrafo de su interesante trabajo el tono filológico, sentencioso y convincente de sus explicaciones.

La actual fecha (Mayo 20 de 1911) en que Herrera dá á la luz del mundo científico su trascendental trabajo; esta época vendrá á ser la primavera de la Plasmogenia.

No recuerdo qué artista del pensamiento dijo, que cada hombre tiene su idolatría, y esto se cumple en el caso de Herrera que es un adorador ferviente de la Plasmogenia. Partidario decidido del realismo ha llegado á materializar en moldes fijos las concepciones de su inspiración, empleando las substancias naturales debidas á la acción del agua y del ácido fluorhídrico,

para actuar sobre la sílice más común y fabricar celdillas artificiales casi vivientes.

Las diminutas plantas microscópicas que forman los inmensos bancos en que descansan las ciudades de Berlín y Kuemisterg; esos organismos vivientes que respiran y se nutren—las Diastomeas—artificialmente han sido fabricadas por este hechicero científico, utilizando los vapores del ácido fluorhídrico y la sílice en su formación. Sus ensayos han sido numerosísimos, y después de tres lustros de penosa investigación, al fin ha obtenido fórmulas que invariablemente le producen celdillas, tejidos rudimentarios, plantas y hasta facsímiles de embriones de una estructura y fijeza de detalles admirables.

La Plasmogenia biológica, trata pues de solucionar el enigma de la vida empleando la experimentación y el método inductivo, por lo que, como vemos en esta nueva ciencia, de un carácter eminentemente filosófico.

Sus prosélites son ya numerosísimos, y en la larga lista figuran los nombres de Renaudet, Félix Jacquemin, los dos Mary, Leduc, Kuckuck, Benedikt, Butschli, Quincke, Tammann, Nernst, Gaubert, Fishert, Kossel, D. Berthelot y otros tantos grandes pensadores enamorados de la nueva ciencia, que ejerce sobre sus sútiles cerebros una misteriosa é irremediable atracción.

El interés y poder sugestivo de estos estudios es inmenso! Asistir, ser testigo á las primeras palpitaciones de la vida es espectáculo grandioso, que tiene la suficiente fuerza sugestiva para dejar esterotipado en nuestra mente un término interrogatorio: el de las grandes meditaciones filosóficas sobre el origen de la vida!

Las teorías de las fermentaciones atribuídas en la antigüedad á una fuerza sobrenatural y que caracterizaba la vida, hoy la química biológica de la Plasmogenia las reproduce utilizando silicatos de manganeso y los cristales coloides de Bredy.

Vemos en esta fiebre creadora una manifestación latente del orgullo del intelecto humano, que quiere explicar los fenómenos vitales por la profunda actividad físico química, actividad intra atómica de la materia, y por las leyes de las corrientes osmóticas. Aquí triunfa el escepticismo francés del siglo XVII, en que Voltaire define la vida como "el conjunto de las funciones del sér animado"; lo que Aristóxanes llamaba "la armonía de los elementos de que se compone el cuerpo."

La vida de Alfonso Herrera ha sido muy intensa, y sus teorías duramente combatidas por los vitalistas, cuyo campeón el celebre Pieron, critica que la nueva ciencia al intentar la reproducción de la vida emplee como método la inducción y el raciocinio por la analogía de las formas. Profesor de Biología en el Instituto Médico Nacional de México y miembro de la Academia Internacional de Hombres de Ciencia de París, su nombre ha ascendido lentamente, pero de una manera segura hasta sobreponerse después de una continua labor de catorce años, en el árido pero convincente campo de la experimentación biológica. Su figura es una de las más simpáticas é interesantes del intelecto latino americano, toma proporciones de coloso, y los partidarios de la vieja escuela Pesteuriana se sienten inquietos; y si antes miraban despectivamente la naciente Plasmogenia y reían ante el fantasma de la generación expontánea, hoy estos sabios meditan seriamente y les preocupa que se llegue á logar lo que ellos llamaban "sueño" de un alquimista mexicano.

El enigma de la existencia, el transformismo sin tregua de Heráclito y Platón, el materialismo atomístico de Demócrito, la circulación eterna de la vida: esa es la filosofía de la naciente Plasmogénica.

.... "la muerte misma da paso á nuestra vida; las hojas secas caen, ceden sus sales á la tierra y llevadas éstas por el agua reaparecen en las nuevas hojas, suben, por decirlo así, con la savia, descienden por el espacio, circulan siempre"

. . . .

. . . .

Ante la marcha arrolladora de la prodigiosa experimentación plasmogénica las actuales teorías psíquicas y sociológicas son llevadas á través de nuevos y desconocidos senderos, imantadas por este reaccionario de los viejos dogmas de Platon y de otros filóosofos contemporáneos de la civilización helénica; nos deslumbra con su mundo de mitos y formaciones infinitas y llega hasta querer vincular con sus admirables celdillas embriológicas, el eslabón perdido entre lo inorgánico y lo viviente, de los partidarios del transformismo.

. . . .

. . . .

La vanidad y el orgullo son pasiones profundamente arraigadas en la humanidad; así es que para ser imparcial y sin dar

mi opinión, me limitaré á transcribir lo que muy cuerdamente dice un autor respecto á la Plasmogenia:

"**Que esta libertad intelectual puede conducir tanto á ideas nuevas fundadas, como á ideas erróneas, y por eso debemos moderar sus ardientes ímpetus con el frío eterno de la experimentación.**"

Dr. LAMELA ALVAREZ.

Neoplasis ováricas.

Distinguidos Colegas:

Las piezas anatomo-patológicas que tengo el gusto de someter á vuestro examen, pertenecen á la señorita Josefa Morales, natural y residente en Arecibo, de 39 años de edad.

Es éste á mi juicio un caso sumamente curioso, y por eso me permito someterlo á la ilustrada consideración de esta Asamblea.

El dia 5 del mes de marzo próximo pasado, fuí llamado por primera vez para prestar mis auxilios á la indicada paciente. La encontré tendida en cama, víctima de agudos dolores localizados en la región anal. El examen practicado, me dió á conocer una masa voluminosa, de color rojo obscuro, cubierta de repliequez transversales, de consistencia dura, y rodeada en su base por un surco poco profundo que simulaba un ceñido cuello en torno de la misma. En el vértice de aquella masa, destacábase el orificio intestinal. Se trataba pues de un prolapso rectal.

Sin anestesia previa, y después de vaselinar perfectamente la superficie del tumor, intenté la reducción del mismo en posición genu-pectoral, siéndome relativamente fácil. Tres días más tarde volvió á reproducirse el prolapso, y entonces se hizo impracticable la reducción. Ordené la aplicación in situ de compresas húmedas y frías, y esperé al siguiente día para repetir la maniobra que, como la anterior resultó también infructuosa.

La coloración violácea oscura que tomó aquella masa tumoral, así como la fettidez de sus exudados, me obligaron á intervenir sin más dilación.

Por el procedimiento de Mickuliez, practiqué el mismo día la ablación del tumor previa anestesia clorofórmica, y la paciente recobró su tranquilidad y bienestar, hasta tres días

más tarde en que, de una manera súbita fué acometida por intenso dolor generalizado en todo el vientre, observando ella misma con sorpresa la presencia de un voluminoso tumor en el vientre, que nunca, ni aun siquiera sospechó.

Confieso señores mi embarazosa situación ante aquel cuadro que se ofrecía á mi vista: Vientre voluminoso, duro, extraordinariamente tenso y sensible a la palpación, sonido mate á la percusión, 36 grados de calor, pulso pequeño y filiforme, facies de angustia suprema, piel sudorosa y fría.

¿No eran éstos acaso signos evidentes de una hemorragia interna? Yo así lo creí. Más antes de proceder á la intervención de urgencia, prescribí la ergotina, cafeina, estmulantes difusibles, y suero fisiológico por la vía hipodérmica, y bolsas de hielo en todo el vientre.

El accidente se conjuró pronto.

A la mañana del siguiente día el estado de la paciente había cambiado su faz, é interrogada convenientemente se me expresó en estos ó parecidos términos:

"Hace como 4 años vengo padeciendo de ocupación en el estomago y en el vientre, más hacia el lado derecho. Estas molestias no me han impedido andar con facilidad, ni realizar mis faenas domésticas. No he sentido antes de ahora, ni dolores ni fatigas, ni desgano de comer. Sólo experimentaba de vez en cuando ligero insomnio; y siempre que en la cama cambiaba de posición, sentía algo extraño en el vientre que corría hacia el lado en que me acostaba; pero siempre lo atribuí á flatulencia ó llenura, porque comía mucho."

No he padecido de intermitentes palúdicas; que ella recuerde no ha sufrido jamás contusión alguna en el vientre sus reglas fueron siempre perfectamente normales; no recuerda haber padecido de las vías urinarias.

A la palpación encontré una masa tumoral de grandes dimenciones, que se extendía desde el epigastrio hasta el hipogastrio, y desde un hipocondrio al otro, ocupando casi toda la cavidad abdominal.

A la percusión, daba un sonido absolutamente mate; su superficie era lisa, su inmovilidad completa, y hacía una prominencia en el centro que afectaba la forma de una pera.

Colocada la paciente en decubito supino, en invitada á realizar inspiraciones profundas, aquella masa parecía seguir las oscilaciones de las paredes del vientre.

¿Era fácil por ventura, formular con estos datos un diagnósteo topográfico preciso, un diagnóstico diferencial correcto? Ciertamente que no.

¿Tratábase de una peritonitis difusa por perforación ó por propagación? Mucho me lo hizo temer la circunstancia de haber sido estos fenómenos, consecutivos á una intervención, que como la expresada anteriormente, obligó á maniobrar con la túnica peritoneal. Pero la ausencia absoluta de los vómitos tan constantes en estos casos, la falta de meteorismo abdominal, y la rápida atenuación de aquella crisis, alejaron de mi mente semejante duda.

¿Podía tratarse de una hidronefrosis? Verdad es que estos procesos llegan en ocasiones á invadir extensiones considerables que pueden obscurecer el diagnóstico, simulando infartos del bazo, del hígado, tumores en los ovarios, equinococus, etc., pero su evolución es lenta, gradual si se quiere; requiere además agente etiológicos que aquí no existían, como cistitis, pielitis, ó pielo-nefritis, nefro-litiasis, que á por obstrucción, ó por estrechez de las ureteres, determinasen la dilatación, de la pelvis renal.

¿Tratábase de un tumor sólido del mesentorio? Precindiendo también de de su lentitud evolutiva, son estos tumores extraordinariamente movibles y ofrecen en determinados puntos de su superficie, zonas más ó menos grandes de percusión sonoras, pues de ordinario están cubiertos por asas intestinales, explicables perfectamente por la disposición anatómica de las mismas respecto á este gran repliegue peritoneal.

¿pudiera tratarse de una hemorrajia del mesenterio? Las hemorrajias de este gran repliegue van de ordinario seguidas de un traumatismo en el vientre; y sobre todo se localizan generalmente en un solo lado de la cavidad abdominal: ya en el derecho ocupando la fosa iliaca derecha, y en el izquierdo ocupando la pelvis mayor.

¿Un quiste del ovario? La gradual aparición de esta neoplasia, se pronuncia en sentido negativo.

Mas atendiendo á los antecedentes patológicos de la paciente, y recordando la sensación de algo extraño que en el vientre de la paciente experimentaba al cambiar de posición, y teniendo en cuenta la súbita aparición de aquella masa tumoral, y hechas las anteriores reflexiones que excluían y apartaban de mi mente las las lesiones referidas, sospeché que pudiera tratarse de un hematoma ovárico.

El día 29 del mismo mes de marzo practiqué la laparotomía. La incisión recayó sobre la linea media, comenzando á tres traveses de dedos sobre el ombligo, hasta dos traveses de dedos sobre el pubis, bordeando el lado derecho del ombligo, y siguiendo el procedimiento ordinario. Incindidas todas las capas de la pared abdominal, caí de lleno sobre una masa dura y consistente de color rojo obscuro. El peritoneo estaba fuertemente adherido á la superficie del tumor en una basta extensión, y siguiendo el eje vertical del mismo, tracé una incisión superficial que me permitió realizar la disección de aquella túnica con el mango del bisturí primero, y con los dedos después.

Levantado cuidadosamente el peritoneo sin lesionarle, tuve que desprender gran parte del epiplon gastro-cólico, ó epiplon mayor, así como una pequeña zona del colon transverso que se hallaban adheridos en porción supero anterior del tumor. Vencidas estas primeras dificultades, y deslizándome por el lado izquierdo del mismo, separé dos asas de intestino delgado, y una porción del mesenterio que de igual manera se hallaban adheridos. Hacia el lado derecho no existían adherencias. Pude entonces, previa ampliación del ángulo superior de la herida, hacer bascular el tumor y desprender grandes adherencias del mesenterio sobre su cara posterior. Entonces me fué fácil enuclearle. Restábame separarle de un pedículo ancho que lo sujetaba al ángulo supero-lateral derecho del útero; y practicada la ligadura del mismo con erin de Florencia, escindí el muñon cautericé con una solución de fenol al cinco por ciento.

El ovario izquierdo era asiento también de otra neoplasia, de consistencia dura, extremadamente movible, coloración blancuzca, y sin adherencias, que me facilitaron su rápida enucleación; y hecha la misma maniobra que con el derecho respecto á su pedículo, practiqué también la estirpación del mismo.

De igual degenaración era asiento el cuerpo del útero. Pero la intervención había durado dos horas, el pulso empezaba á flaquear, la respiración se hacia cada vez más difícil; y temiendo prolongar aquella situación que podía comprometer el éxito, dí por terminada la operación, para practicar la la histerectomía más adelante con mayores garantías.

La paciente volvió de su anestesia sin contratiempo, la cual fué mantenida magistralmente por el ilustre compañero el doctor Alemán, que ha hecho de esta rama una verdadera especialidad. Tuvo la paciente una reacción operatoria de dos décimas á las

seis horas de operada. A los diez días se retiraron los puntos de satura, sin que en ese intermedio incidente alguno llevase la inquietud á nuestros ánimos, saliendo la paciente del Hospital á los veinte días completamente restablecida.

Las piezas anatomo-patológicas, objeto de esta intervención quirúrgica, os las ofrezco á vuestro examen.

No he abrigado la pretensión de haberos traído aquí nada nuevo que os ilustre; pero si experimento honda satisfacción al aportar con este caso poco frecuente, un grano más de arena para el hermoso edificio que sobre bases cientificas, levanta hoy nuestra muy querida Asociación Médica de Puerto Rico.

Dr. F. M. Susoni.

Asamblea Médica de Arecibo del 18 de junio de 1911.

El Salvarsan y las neuro-recidivas sifilíticas.

Aunque hemos inyectado hasta la fecha á 60 sifiliticos, el 606 de Erlich, sólo haremos mención en este estudio de los 45 casos primeros, con motivo deciertos fenómenos que se presentan á las dos ó tres semanas de la inyección. Nos referimos á los llamadosNeurorecidivas ó sean accidentes nerviosos que aparecen después de la administración del Salvarsan y relacionados evidentemente con este remedio.

Tales accidentes se notan ya en los órganos de los sentidos ya en el sistema cerebro-espinal periférico y central. Se caracterizan por parálisis, neuralgias y vértigos. Los más comunes son las afecciones del aparato acústico, con neuralgia del oído y sordera. Vense también casos de parálisis facial y de cefalolgios en forma de relámpago. La misma otalgia, tiene el carácter de centelleo.

La frecuencia de tales accidentes varia la relación á la dosis inyectada. Nosotros hemos tenido algo más del diez por ciento de estos fenómenos y no usamos más de 50 centígramos del medicamento. Un solo caso, que presentó otalgia, vértigos, sordera y parálisis facial, había recibido dos inyecciones que sumaron 95 centígramos del 606.

Al lado de nuestra estadistica, vemos la de Bayet de Bruselas, con seis casos entre 350 inyectados.

Bayet nunca ha usado menos de un gramo y ha llegado hasta tres creyendo que tales dosis son necesarias para evitar las neurorecídivas.

Por tanto, todo induce á creer que tales accidentes nerviosos son de naturaleza sifilítica, aunque no se puede negar que el Salvarson inyectado á dosis en ciertos casos insuficientes pueden hacerlos patentes, á causa de cierta modificación que imprimen al proceso.

La mayoría de autores creyó y algunos aún lo creen; que tales fenómenos son efecto tóxicos del arsénico y que desaparecen cuando éste desaparece por eliminación.

Tal modo de ver no se esplica ante los hechos senalados por Bayet, para mayor dosis de Salvarsan menor frecuencia de accidentes. Por otra parte; nosotros hemos visto curar bastante rápidamente tales fenómenos, con un tratamiento mercurial y yodurado intensos (pues no nos hemos atrevido en la duda, á poner más Salvarsan como hace Boyet), y nos parece que ese modo de evolucionar no abona la idea de una intoxicasción arsenical.

Nuestros enfermos han mejorado mucho de sus neuro-recidivas, los que no podemos por tanto calificar como graves. Algunos están ya curados.

Nos afirmamos en la idea de que el Salvarsan cura la sífiles, con mayor rapidez que el mercurio. Los éxitos son tantos como las aplicaciones, y cuando se halla establecido experimentalmente las dosis suficientes creemos poder conseguir la esterilización magna.

Nuestras inyecciones son intra-musculares. La reacción tanto local como general es de poca importancia. El dolor variable según el individuo. Nunca hemos visto ni un solo caso de tumor abceso ó gangrena. En un individuo muy delgado se enquistó al parecer el medicamento, pues no ha habido reacción terapeáutica y en la nalga se nota una tumefacción algo dolorosa. Este caso es único en nuestros 60 enfermos; entre ellos dos mujeres.

La técnica de la inyección intramuscular es extraordinariamente sencilla y por lo tanto practica. Los resultados terapeáuticos excelentes y nos parece que evita los fenómenos generales que en caso de indiosincrasia por el arsénico, podrían presentarse en la inyección intravenosa. Sinembargo, usaremos también

esta vía y daremos cuenta á los lectores del Boletín de la Asociación de nuestros resultados.

Dr. Salazar.

Dr. Vogel.

Ponce.

Malarias en los niños.

Por el Dr. Vergne.

Señor Presidente:

Distinguidos compañeros:

Al leer la circular enviada por nuestro digno presidente, convocando para esta Asamblea, y dando una relación de las brillantísimas tesis que en ella se discutirán, confieso que por un momento, poseído de un desfallecimiento muy grande, pensé renunciar al placer de presentar este mi humilde trabajo. Este desaliento que me acometiera es muy natural si se tiene en cuenta la grandiosa importancia de los temas discutidos, los cerebros privilegiados que los han producido y las brillantes mentalidades médicas ante las cuales me atrevo á presentarme con este pobre trabajo. Sin embargo esta honda impresión de desaliento fué corta, pues la firme convicción de que entre todos los aquí presentes encontraría una gran dosis de benevolenci, me devovlió el perdido valor.

Este trabajo, que tengo el alto honor de presentar á esta Asamblea no tiene importancia alguna. Es un resumen de las observaciones que podido hacer en el curso de mi limida y humilde práctica.

Confiando, pues, en la nunca desmentida benevolencia de las mentalidades médicas aquí reunidas, voy á hacer un esfuerzo para desarrollar mi tema al alcance de mis escasas fuerzas.

Malaria en los niños.

Esta enfermedad que amenaza desvastar los campos de Puerto Rico, y que aún en las poblaciones es un verdadero azote, es juzgada, por muchos, un padecimiento leve, que con la administración de un poco de quinina se combate fácilmente. Esto constituye, un error craso. En el pueblo donde ejerzo, un ochenta por ciento de la mortalidad tiene su causa en **malaria**. Revisando hace poco un periódico Médico de los Estados Unidos, vi una

Estadística, en la cual se comprobaba que en el pasado año **malaria** tenía á sucargo más mortalidad que ninguna otra enfermedad. Y sobre todo, su importancia como factor en la produc ción de otra terrible enfermedad, de la que trataré más adelante Sentada esta observación, me limitaré á la primera parte de mi tema. **Malaria en los niños.**

Casos Clínicos.

Pilar Cáceres, mujer, de ocho años de edad. Antecedentes de familia negativos. Hacía ocho meses que venía padeciendo de otitis media. Cuando fuí llamado, hacía dos días que venía sufriendo de calenturas. Del exámen físico aparecía un bazo recrecido y muy doloroso á la palpación: supuración del oído derecho, los demás órganos normales. Mucho dolor frontal: fiebre, 39 grados. Obtuve un specimen de la sangre, que reconocí seguido, descubriendo el hematozoario de Laverán. Instituí un tratamiento quínico por la vía gástrica y lavados antisépticos del oído.

Margarita Cáceres, hermana de la misma, reconocida al mismo tiempo. Idéntica sintomatología con la excepción de la otitis media. Tratamiento quínico, después de haber comprobado microscopicamente la presencia del hematozoario.

Tres días después fuí llamado precipitadamente á la misma casa encontrando á la segunda ó sea á Pilar Cáceres, presa de violento delirio, con convulsiones clónicas, 41 grados 8 décimas temperatura axilar, rigidez del cuello, pupilas grandemente dila tadas, 64 respiraciones por minuto y 180 pulsaciones. El síntoma de Kernig positivo. Inmediatamente administré una inyección hipodérmica de quinina de á un gramo, acompañada de baños de hielo.

Habiendo atendido debidamente á la que consideraba, por los síntomas, la más grave de las dos hermanas, pasé á examinar la primera ó sea Pilar Cáceres.

Síntomas de un profundo intoxicación bulbar. Pupilas dilatadas rigidez del cuello, intensa postración: Pero con solamente 39 grados de fiebre, sin convulsiones y 100 pulsaciones. Respiración, 35. Signo de Kernig negativo. Administré una inyección hipodérmca de quinino de un gramo. A las dos horas, Temperatura, 41 grados 9 décimas, pulsaciones 180, pulso filiforme. Una hora después, á pesar de los baños de hielo, la misma temperatura, pulso tan rápido que apenas podía contarse y convulsiones

clónicas. Tratamiento: bromuros y cloral; inyecciones de cafeína, y á la media hora otra inyección de quinino á medio gramo. Dos horas después, la temperatura había descendido un grado, cesado las convulsiones y el estado general de la pequeña enferma había mejorado.

Pasé entonces á ocuparme de la segunda hermanita, á quien encontré con 39 grados de fiebre y muy mejor. Como vía de precaución, le administré una inyección de quinino de á medio gramo y me retiré, como á las tres de la madrugada.

A las cinco de la misma fuí llamado con urgencia á la misma casa, encontrando á la enferma mayor presa de un profundo colapso, temperatura sub-anormal, cubierta de un sudor frío y casi sin pulso. Y á pezar de los baños calientes sinapizados, inyección de estricnina, etc. la niña murió á las dos horas.

Seguí el tratamiento químico, á dosis elevadas con la otra, y los cuatro días estaba en franca convalecencia.

Estos dos casos me enseñaron que, apesar de que en la hermana menor, los síntomas eran más graves, la mayor tenía la desventaja de haber padecido ocho meses de una otitis media, afección que, indudablemente tuvo un efecto fatal en el triste desenlace de su enfermedad. Y que se deben tener en cuenta las enfermedades que haya padecido ó de las cuales esté padeciendo el enfermo para instituir, de acuerdo un tratamiento químico más enérgico.

Luis Burgos, de 8 años de edad, varón. Padecía de calenturas hacía cinco días, cuando fuí llamado. Temperatura 38, con pulso muy rápido y gran postración. Por vía de precaución le administré una inyección de quinino á medio gramo. Obtuve un **specimen** de la sangre en el que comprobé el parásito de la malaria. Esto fué como á las nueve de la mañana. A las once de la noche del mismo día fuí llamado con urgencia, encontrando á mi pequeño enfermo con todos los síntomas de una profunda intoxicación bulbar. 5 temperatura axilar: 42 décimas. Pulso 185. Respiración: 75. Examinado: un bazo grandemente recrecido y muy dolorido á la palpación. Vómitos de color negruzco y diarreas muy fétidas y amarillentas. Inmediatamente administré una inyección hipodérmica de quinina de á un gramo. A la hora la temperatura había descendido dos grados, y los vómitos y las diarreas aminorado. Baños de hielo y el gorro del mismo á la cabeza habianle despejado bastante.

Meretiré entonces, volviendo á las siete de la mañana del

día siguiente, encontrándolo mejor. Administré otra inyección de quinino de á un gramo que repetí á las seis de la tarde del mismo día. El enfermo entró en franca convalecencia á los tres días.

Gullermo Arroyo, de 9 años de edad. Cuando fuí llamado hacía doce días que venía siendo recetado por otro compañero, que diagnosticó el caso como fiebre gástrica. El enfermito tenía esa atonía acompañada de postración que ha sido denominada Estado Tifico. Hasta entonces había tenido fiebre continuada que solamente desaparece por las mañanas y la cual no subía á más de 30 grados. El niño seme dijo, tosía mucho, tenía vómitos, mucha diarrea, y unas orinas fétidas amarillentas, y con mucho sedimiento. Examinado: Macidez completa del pulmón derecho percusión con estertores supcrepitantes. Soplo sistólico de la de la válvula aórtica: bazo é hígado recrecidos. La orina contenía una buena cantidad de albúmina, pero no cilindros. Perplejo, no no quise hacer diagnóstico alguno hasta no reconocer la sangre lo que hice seguidamente: Mi sorpresa fué muy grande al encontrar parásito, que en esta ocasión denominé **salvador** y que acojí con alegría. Inmediatamente instituí el tratamiento quínico por la vía hipodérmica á la dosís de dos inyecciones diarias por día, de á medio gramo. Y el paciente recobró rapidamente la salud, ayudado de un tratamientosinténtico.

Hasta aquí los casos clínicos. Más podría citar, pero deseo acortar este trabajo . Queda pues demostrado, que en los niños una vez afianzado el dignóstico, no debe perderse tiempo, so pena pena de graves resultados. Y administrar siempre el quinino por la vía hipodérmica á altas dosis.

Malaria como factor en el desarroollo de otras enfermedades

La enfermedad en la cual **malaria** juega un gran papel es la **Plaga Blanca**. Los datos que tengo para hacer esta aseveración son, lo confieso, muy escasos en cuanto á material. Esta aseveración está más bien basada en el análisis de la sangre que ha efectuado innumerables veces, de aquellos individuos que padeciân de **Malaria Crónica**.. En todos los **Specimens** no he podido menos de observar, con creciente interés, que la sangre de estos pacientes presentan una **Hemolisis Completa** de los corpúsculos rojos en contradicción á la total ausencia de Células Fagocíticas. Como es sabido que cuando **no hay resistencia, cuando las células fagocíticas se agotan**, está el organismo preparado para una infec

ción grave.. **especialmente la Tuberculosis,** de ahí mi aseveración. Solamente puedo presentar dos casos.

J. L. G., sexo femenino, de 19 años de edad. Antecedentes de familia negativos. Acudió á mí, pues hacía un año que venía padeciendo de **Paludismo** crónico, según un reconocimiento de la sangre que había practicado un compañero, seis meses atras. La paciente tuvo calenturas tercianas, con escalofríos hasta hace tres meses en que cambiaron á pequeñas fiebres nocturnas, con mucho sudor, pequeños escalofríos, y fuertes accesos de tos. Un examen físico me demostró una area de macidez en el apice del pulmón derecho á la percusión, con estertores á la auscultación. Practiqué un análisis de la sangre, que repetí, sin encontrar el parásito de Laverán. Aconsejé el cambio de clima á orillas del mar, acompañado de la inyección de Arrenal. La paciente se encuentra hoy algo mejor, pero el bacilo de **Koch** ha sido demostrado en el esputo.

El otro caso es el de un hombre de 23 años de edad,de antecedentes de familia negativos, el cual acudió á mí hace cuatro meses, pues venía padeciendo de calenturas palúdicas según comprové con el examen de la sangre. Hace tres semanas volvió, y después de examinado diagnostiqué el caso como tuberculosis avanzada.

Ahora voy á concluir con la historia de cuatro casos, de **Unciniariasis,** en los cuales se encontraban todos los síntomas del **Mal de Bright.**

Félix Montes, de 38 años de edad, de color blanco, acudió á mi oficina en febrero 4. Había sido tratado ya por varios médicos, todos los cuales, después de hacer un análisis de las orinas, le habían desahuciado. Yo también examiné las orinas encontrando una gran cantidad de albúmina con cilindros gránulos-grasoso y epiteliales. El enfermo estaba completamente lodomatoso. Habiendo notado su profunda anemia, practiqué un examen microscópico de las materias fecales, encontrando el campo poblado de huevos del parásito. Instituí el tratamiento corriente, que el enfermo repitió en 11 de febrero, con bastante mejoría. Pero á la semana murió de un ataque de Uremia.

Silvestre González, blanco, de 40 años de edad, acudió á mi clínica en 8 de febrero, quejándose de un dolor muy fuerte en los riñones. Hacía seis meses que venía padeciendo de una edema de las extremidades inferiores, con mareos y debilidad general. Analizada la orina dos días después encontré gran cantidad de al-

búmina, con cilindros epiteliales. Entonces examiné las materias fecales encontrando multitud de ova. Instituí el tratamiento corriente que siguió con regularidad durante once semanas. Dado de alta en mayo 20 en que examiné la orina encontrándola libre de albúmina y cilindros, el edema desapareció por completo.

Domingo de Santiago, blanco, de 48 años de edad y Ricardo García, blanco, de 45 años de edad, ambos presentando el mismo proceso patológico, y completamente curados.

Por estos casos, podemos ver que la Unciniariasis puede producir una nefritis tóxica, con todos los síntomas graves del **Mal de Bright** y que sin embargo es curable. Estas nefritis tóxicas se deben indudablemente á que el riñón tiene que eliminar aquellas sustancias téxicas que los intestinos, combatidos por la enfermedad que en ellos se desarrolla, no pueden efectuar. Las toxinas á su vez, al ser eliminadas por el riñón pueden llegar á destruirle, si no se acude á tiempo, como probablemente sucedió en el caso de Félix Montes arriba citado.

Vulpian en 1874, en su trabajo "**Lecon Sur La Bile**" fué el primero que anunció, ó mejor dicho esbozó la idea de que la eliminación de productos téxicos, llevada á cabo por las funciones incompletas ó anormales de nuestros órganos es amenudo responsable de la irritación de los riñones y que á su vez podían prodcir **Nefritis Parenquimomatosa**. Pero **Bouchard** en 1887 fué el que primeramente demostró esta verdad. Geuget, en 1895, en un brillante trabajo, publicado en la **Gazette Des Hopitaux**, enumeró las diferentes formas de nefritis causadas por factores téxicos. Y entre ellos colocaba en primer término á las autointoxicaciones **Councilman** de **Boston** en 1895 publicó una serie de casos, tendentes á demostrar este hecho. El eminente cirujano profesor de cirujía de la Universidad de Syracuse, en un brillante trabajo presentado á la sociedad médica del Estado de New York en enero de 1897, da cuenta de tres casos, en los cuales los síntomas más marcados eran los de una grave **Nefritis** con convulsiones urémicas ect.: los cuales fueron completamente curados por medio de operación quirúrgica, después de haber extraído una fibroma de uno de ellos, y haber destruído la causa en los otros dos, celecistitis y banda adheridas á los intestinos respectivamente.

Por los datos apartados se deduce la importancia de la **Malaria** y de la **Unciniariasis**, en muchos procesos patológicos, y lo que se puede lograr combatiéndolas.

Gracias á los brillantísimos trabajos del doctor **Ashford** ayudado eficazmente por el distinguido y eminente Médico puertorriqueño doctor **Gutierrez Igaravidez,** la unciniariasis va decayendo.

Esperemos que con la nueva Ley de Sanidad, espléndido triunfo de nuestra pujante Asociación, tan digna como felizmente representada en la Cámara de Delegado por el eminente médico **Doctor Muñoz Díaz,** se tomarán enérgicas medidas para combatir la **Malaria,** para que así allá en las cumbres de las lomas y en las faldas de las montañas, donde viven malamente y mueren ignorados los pobres **Pálidos,** los pobres **jíbaros** que simbolizan nuestra raza, penetre y derraman la salud los rayos que se desprendan del **Sol** magnífico y sublime, del **Baal** espléndido del **Sol** que nace en los cerebros luminosos que rigen la **Asociación Médica** de Puerto Rico, llevando á sus pobres hogares la **Luz** del contento y de la Felicidad.

NOTICIAS

Han sido dados de baja como miembros de la Asociación Médica, por contravención al art. 10 del Reglamento, los Doctores Alejandro Giol Texidor y Sicinio Vizcarrondo.

Nuestro ilustrado y querido compañero el Dr. F. H. Rivero ha recibido una cordial felicitación del Dr. Luc, de París, por su excelente trabajo sobre "*el tratamienta de la tuberculosis laríngea* presentado á la Asamblea de Mayaguez—El ilustre médico francés le dice "su interesantísimo trabajo prueba una vez más, que valen mucho más para el adelanto de nuestros conocimientos unos pocos casos examinados á fondo y escrupulosamente, que un sin número de casos superficialmente observados. Unimos nuestros plácemes á los del Dr. Luc—

La Asamblea general reglamentaria de la Asociación Médica tendrá lugar en San Juan en los días 29 y 30 del actual en los salones del Ateneo. Oportunamente circularán las invitaciones.

En dicha Asamblea habrá dos sesiones: una administrativa y otra académica.

En la administrativa se procederá á la elección de nueva directiva.

Relación de los médicos que residen en P. R.

Adjuntas: Dr. Celso Caballero.

Arecibo: doctores, M. Figueroa, **A. Ruiz Soler, M. Roses Artau, F. Susoni,** R. Boid, **Fernando Alemán, Martínez Roselló, P. Ramos Casellas.**

Aguadilla: dotores. **A. Torre grosa, B. Jiménez Serra, Pablo Zamora** Ricardo Blazquez, **J. Igartua.**

Aguas Buenas: doctor **Alfredo Márquez.**

Añasco: doctores **A. Blanes. M. Dueño.**

Arroyo: Dr. **M. Rovellat Canals.**

Aibonito: **Dr. Chas. Gill Ponce de León.**

Barceloneta: **Dr. R. Vergne Santos.**

Barranquitas: Dr. **Martín O. de la Rosa.**

Barros: Dr. **Gregario Santo Domingo.** Emlio Alfaro Díaz.

Bayamón: doctores **M. Fernández Nater, Agustín Stahl. M. Fosas,** A. Lasaleta, J. M. Amadeo, L. Figueroa, **J. Guzmán Soto,** Mora Vaamonde.

Cabo Rojo: doctores **Félix M. Vilella,** E. López, Ramírez Cuerda.

Camuy: Dr. **Felipe A. Garcia.**

Caguas: doctores **M. Jiménez Cruz,** P. Jiménez Sicardó, **V. Gutierrez Ortiz, Felipe B. Cordero, Simón Moret.** ... ..

Carolina: doctores **J. Aubray** y **Clemente Fernández.**

Cayey: doctores **A. Villenueve, J. Martí,** Tomás M. Foley.

Ciales: doctores **F. Martínez, P. Rivera.**

Coamo: doctores **Leonardo Igaravides,** Florencio Santiago, J. Santiago Torres.

Comerío: Dr. A. Umpierre.

Corozal: Dr. **A. Bou de la Torre.**

Fajardo: doctores **Santiago Veve,** Miguel S. Veve, J. M. Saldaña, Juan Veve, F. Vizcarrondo, **José A. Díaz.**

Dorado: Dr. A. Livingston.

Guayanilla: Dr. **M. Zavala Rodríguez.**

Gurabo: doctores Félix Villamil, Víctor Coll y Toste.

Guánica: Dr. H. B. Knapp.

Guayama: doctores **Alejandro Buitrago,** José María Muñoz, **Juan Trujillo, E. Canino, Galo Bremont.**

Humacao: doctores **Francisco J. Hernández, Pedro J. Palau, Isidro A. Vidal, P. Font Martello, E. García Lascot.**

Humacao: doctores **Clemente Mercado.** James A. Brices.

Hatillo: Dr. **Vicente Roure**

Isabela: doctores **J. E. Luigi,** Jane E. Dunaway. John Honell Harriss.

Jayuya: doctores Benj. Stephenson, Willis Stephenson.

Juncos: doctores **J. Barreras, A. Paniagua**.

Juana Díaz: doctores E. Vallecillo, Angel M. García Ubarri.

Lares: Dr. **F. Sein.**

Las Marías: doctores Charles Guffain, García Suarez.

Las Piedras: Dr. V. M. Llovet.

Loíza: Dr. **S. Vizcarrondo.**

Lajas: **Dr. Hipólito Aparicio.**

Manatí: doctores F. B. Colón, M. Blazquez, Octavio Jordán, A. Jordán.

Mayagüez: doctores Black **Smith, Conrado Hernández, Rafael U. Lange, Pedro Perea Fajardo**, N. Jiménez Nussa, J **Martínez Guasp, Marcos A Manzano, A. Franco Soto, D. Luis, Vadí,** Andrés Orsini, **Manuel Rodríguez, Luis F. Santos, L. García de Quevedo, A. Gastambide.**

Naguabo: doctores Roscoe H. Knowlton,**Casimiro G. del Valle**

Maricao: doctores **O. Sulsona, J. Benet Valdés,** L. Oms Puig.

Morovis: Dr. D. Córdova.

Maunabo: Dr. J. Dausá.

Patillas: doctores **R. Vergne Castelo,** E. M. Bond, **R. Stella.**

Peñuelas: doctores M. B. Caballero, **E. F. Otis.**

Ponce: doctores E. Vidal Ríos, M. de la Pila Iglesias, R. **López Nussa,** A. Pietri, **G. Villaronga, P. Hernández, Floren-Watson, Sixas.**
cio Suarez, Julio Ferrer, Guillermo Vives, Vicente Santoni, A. Ferrán, P. Malaret, L. Aguerrevere, **M. Garratón Muñoz, Ch. Edw. Ruth,** P. Salicrup, **Guillermo Salazar,** A. Santaella Costa, **Carlos Vogel,** Carlos Vives, Srta. Dra. Pérez Marchán. **J. R. Audinot,** Srta. Dra. María A. Seixas.

Quebradillas: Dr. Alejandro Texidor.

Rio Grande: doctores **Luis C. Boneta, Pablo Pereira Leal.**

Rio Piedras: doctores **V. Flores Arrieta, José Marcano,** L. P. Oreasitas, **J. Reguero Feliú.**

Salinas: doctores A. Godwin Merhoff, **F. Izquierdo.** . . . . . .

San Germán: doctores L. Rodríguez Ferrer, E. Quiñones Cardona, Rafael Vera, F. García de la Torre, Arturo Viaggi.

Sabana Grande: **Dr. Féiix Tió.**

San Lorenzo: Dr. **Juan G. Bajandas.**

San Sebastián: doctores J. A. **Franco, M. Rodríguez Cancio.**

Santa Isabel: doctores **José González,** J. L. Montalvo.

Toa Alta: **Dr. M. Herrero.** . .

Toa Baja: doctores **P. Bonelli, F. Aguirre.**

Utuado: Dres. Adrián Cueto, Mariano Caballero, **Agustín Diez.**

Trujillo Alto: **Dr. Luis D. Otero.**

Vega Alta: Dr. **J. M. Santiago.**

Vega Baja: doctores **José H. Amadeo**, José S. Morales.

Vieques: doctores **Guillermo Carreras**, J. S. M. Pressly, **J. F. Costa Díaz.**

Yabucoa: doctores Pereira. **J. E. Berríos, Diego Román Díaz, Lamela Alvárez.**

Yauco: doctores **Jacinto Zarrat, Ramón Gatell**, Ramón L. Rodríguez, Dario Franceschi, **Palmira Gatell**, Manuel García.

San Juan: doctores **E. Corona**, E. Raimond Hilderth, Peter Linsay, Ed. Huntington, **José A. Vázquez**, U. R. Wehn, **José Chacar, R. Vélez López, Elisa Rivera, G. Carrera, C. Coll y Toste, Ruiz Arnau, R. del Valle Rodríguez, F. Matanzo, J. Lugo Viña, Gustavo Muñóz Díaz, Francisco Rivero, W. F. Lippitt Fernando González, M. Quevedo Baez, Francisco R. de Goenaga**, P. Gutierrez Igaravídez, **José M. Cueto, José N. Carbonell, E. Font y Guillot, E. García Cabrera, John S. Browne, Jorge del Toro, Guillermo Curbelo, José Gómez Brioso, José C. Barbosa, Francisco del Valle, Pedro del Valle, Narciso Doval, E. Verges Casals, Salvador Ross I. González Martínez, José S. Belaval, A. Molina St. Remy, Ana Janer Palacios, M. A. Frías Salvador Giuliani, Walter A. Glines, Jesús Monagas, José Carballeira, Jacinto Avilés, José E. Saldaña, B. K. Ashford, Rafael López Sicardó, J. López Antongiorgi,, Jacobo Caldelas, S. B. Grubbs, Ramón A. de Torre, L. L. Biamon, A. Santana Nater A. Vallecillo, W. R. Watson**, A. Alvárez Martinez **Fernando de Juan.**

BOLETIN

DE LA

Asociación Médica de Puerto Rico.

IX. ENERO Y FEBRERO DE 1912. Número 81.

SUMARIO.

El **Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico** se complace en dar a conocer a todos los miembros de la misma, publicando en lugar de preferencia. los acuerdos y trabajos llevados a cabo hasta la fecha por el Comité Ejecutivo de Puerto Rico al segundo Congreso Internacional de la Tuberculosis que se ha de celebrar en San Sebastián (España) del 9 al 16 de Septiembre de 1912.

Designados los miembros ejecutivos, designadas las ponencias, para el desarrollo de los temas propuestos, estas líneas van dedicadas a cuantos se encuentran con alientos para tomar parte en la lucha contra la Tuberculosis.

Nos dirijimos a todos los médicos del país. Cada hallazgo por modesto que sea, como cada fracaso, son nuevos estímulos para más fructífera labor.

En la lucha contra la tuberculosis no existen gerarquías científicas: no hay **estado mayor,** sino **soldados**: la ciencia no es patrimonio de unos cuantos privilegiados; y de cuando en vez, el más humilde resulta un **general** por los datos que recogiera y las observaciones que pudo hacer.

No es siempre la fortuna la compañera de la buena voluntad. Con el concurso de todos puede serlo esta vez.

Comité de Puerto Rico al 2º Congreso Español Internacional de la Tuberculosis.

PRESIDENTES HONORARIOS

HONORABLE MR. GEO. COLTON

Gobernador de Puerto Rico

HON. CONRADO HERNANDEZ

Presidente del Tribunal Supremo

HON. LUIS SANCHEZ MORALES

Presidente del Consejo Ejecutivo

HON. JOSE DE DIEGO

Speaker de la Cámara de Delegados

MIEMBROS DE HONOR

MISS MARGERI COLTON

Presidente de la Liga Antituberculosa de P. R.

HON. MR. EDWARD DEXTER

Comisionado de Educación de P. R.

DR. D. PEDRO GUTIERREZ IGARAVIDEZ

Vice-Presidente de la Liga Anti-tuberculosa de P. R.

LAS PRESIDENTES DE LOS CLUBS DE DAMAS

de San Juan, Ponce y Arecibo

TODOS LOS MIEMBROS DE LA JUNTA INSULAR DE SANIDAD

LOS DIRECTORES DE LAS ASOCIACIONES OBRERAS

LOS DIRECTORES DE LOS PERIODICOS

de San Juan y la Isla

COMITE AUXILIAR DE DAMAS DE LA LIGA ANTITUBERCULOSA

Miss Colton

Mrs. Bommer, Bruce, Pierson, Rodrguez Serra, Hartzell, Carrel, P. de Castro, J. A. Wilson, José Saldaña, Edw. Ferrer, Wm. Forbes, Guzmán Benítez, Sánchez Morales, Howze, Foster Brown, José Hernández, Lugo Viña y Fernández Náter

---

COMITE EJECUTIVO

Presidente

DR. D. JOSE LUGO VIÑA

Ex-Director del Sanatorio de Tuberculosis de San Juan

Vocales

DR. W. LIPPIT

Director de Saidad de P. R.

DR. D. EUSEBIO CORONAS

Presidente de la Junta Insular de Sanidad

DR. D. JOSE ESTEBAN SALDAÑA
Presidente de la Asociación Médica de P. R.

DR. D. CAYETANO COLL Y TOSTE
Presidente del Ateneo Puertorriqueño

DR D. PEDRO GUTIERREZ IGARAVIDEZ
Director del Sanatorio Antituberculoso de San Juan

DR. D. JOSE CELSO BARBOSA
Miembro del Consejo Ejecutivo de P. R.
DR. D. GUSTAVO MUÑOZ DIAZ
Delegado a la Cámara de P. R.

Vocal Letrado
D. ANTONIO ALVAREZ NAVA.
Presidente del Casino Español de P. R.
Vocales por la ciudad de Ponce

DR. D. GUILLERMO SALAZAR
Presidente de la Liga Progresista

DR. D. GABRIEL VILLARONGA
Clínico distinguido
DR. D. MANUEL DE LA P. IGLESIA
Médico Notable

Vocal por Mayagüez
DR. D. PEDRO PEREA FAJARDO
Cirujano distinguido

Vocal por Arecibo
DR. D. MANUEL MARTINEZ ROSELLO
Premiado con diploma de honor en el Congreso de la Tuberculosis de Barcelona

Vocal por Aguadilla
DR. D. ARTURO TORREGROSA
Médico Patólogo

Vocal por Humacao
DR. D. PEDRO PALOU
Médico de la Beneficencia Municipal

Vocal por Guayama
DR. D. M. BUITRAGO
Clínico y Bacteriólogo

Secretario
DR. D. ELISEO FONT Y GUILLOT
Médico del Manicomio de P. R.

Comité Ejecutivo (de Puerto Rico) del 2º Congreso Internacional de la Tuberculosis.

El Comité que presido, en sesión celebrada el día 31 de Enero del corriente año, acordó entre otros particulares las SECCIONES CIENTIFICAS, que a continuación se expresan y designar como ponentes a las distinguidas personalidades médicas y notables letrados adscritos a las mismas y son:

1a. BACTERIOLOGIA

Dr. Don Isaac González Martínez.—Dr. Don A. Ferrán.—Dr. Don Antonio Martínez Alvarez.

2a. ESTADISTICA Y DEMOGRAFIA

Dr. Don Eusebio Coronas.—Dr. Don José S. Belaval.

3a. MEDICINA

Dr. Don Ramón Ruiz Arnau.—Dr. Don Manuel Quevedo Báez.

4a. CIRUJIA

Dr. Don Rafael Vélez López.—Dr. Don José A. López Antongiorgi.

5a. OFTALMOLOGIA

Dr. Don Francisco Matanzo.—Dr. S. B. Grubbs.

6a. TOCO-GINECOLOGIA Y PEDIATRIA

Dr. Don Narciso Doval.—Dr. Don L. L. Biamón.

7a. OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Dr. F. H. Rivero.—Dr. Don A. Molina Saint Remy.

8a. SANIDAD MILITAR

Dr. B. K. Ashford.—Dr. W. Lippit.—Dr. Don Francisco del Valle Atiles.

9a. VETERINARIA

Dr. Allen.—Dr. Ortiz.

10. HIGIENE Y ACCION SOCIAL

Dr. Don Gustavo Muñoz Díaz.—Dr. Don Pedro Gutiérrez Igaravídez.—Dr. Don Tomás Vázquez.

11a. SECCION DE JURISPRUDENCIA

Letrados.— Don Antonio Alvarez Nava.—Don Luis Muñoz Morales.

12a. INGENIERIA SANITARIA

Don José A. Canals.—Don Rafael del Valle

13a. TERAPEUTICA

Dr. José Esteban Saldaña.—Dr. Don Cayetano Coll y Toste.

14a. FARMACOLOGIA

Dr. Don R. López Sicardó.—Dr. Don M. Carballeira.

15a. QUIMICA APLICADA Y ANALISIS QUIMICO

Dr. Don José Janer Soler.—Dr. Don Rafael del Valle Sárraga.

16a. CIRUJIA DENTAL

Dr. Goenaga y Dr. Chevremont.

17a. MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRIA

Dr. Don Francisco R. de Gonaga. — Dr. Don Eliseo Font y Guillot.

Redactor de la Memoria correspondiente

Dr. Don Elíseo Font y Guillot.

TEMAS.

Temas que el Comité Ejecutivo somete a la con-

sideración e informe de las respectivas ponencias;

Los facultativos designados para las diferentes secciones pueden desarrollar algunos de los otros temas correspondientes a las demás secciones, si así lo desean.

No es de rigor contestar a los temas propuestos por el Comité Ejecutivo; esperando que se desarrollen otras en armonía con la experiencia personal, especialidad y aficiones médico-quirúrgicas de los ponentes; pero circunscribiéndolos en lo posible a la Isla de Puerto Rico.

BACTERIOLOGIA

Temas.—Acción de las toxinas tuberculosas sobre los leucocitos—Experiencias personales—Pleomofismo del bacilo de la Tuberculosis—Naturaleza química de los productos tóxicos elaborados por el bacilo de Koch. Investigación del bacilo tuberculoso en la leche, en el pus y en la sangre.—Procedimiento más práctico.—Estudio especial de las formas no ácido—resistentes del bacilo de Koch.—Estudo crítico-analítico de los trabajos del Dr. Ferrán.—Influencia patogénica del bacilo de Koch. Valor de la *cuti, intra-dermo, oftalmo* y *rino recacción* en el diagnóstico de la tuberculosis.

ESTADISTICA Y DEMOGRAFIA

Consideraciones sobre la estadística en general.—Obstáculos para hacer una estadística exacta, especialmente en Puerto Rico.—La *Edad* y la Tuberculosis *Morbi* y *morti natalidad* en Puerto Rico en sus relaciones con la Tuberculosis.—La Tuberculosis infantil.—"*La Gota de leche*" en Puerto Rico Influencia de la *Gota* de leche en otros países.—La Tuberculosis en San Juan, Ponce y Mayaguez.—La Tuberculosis en Caguas.—La Tuberculosis en los restantes pueblos de la isla. — Modificaciones estadigráficas que darían mayor veracidad a la actual demografía puertorriqueña. Necesidad de una nomenclatura nosográfica común para que las estadísticas sanitarias de las poblaciones pequeñas, puedan

compararse con las referentes a las grandes poblaciones.—Mortalidad en Puerto Rico por tuberculosis durante el decenio de 1901 a 1911.—Distribución y estado actual de la Tuberculosis de Puerto Rico.—Recrudecimiento de la Tuberculosis en algunos lugares: su etiología.—Estudio obituario absoluto y relativo por edades, sexos, razas, estados, clases, oficios, profesiones, antecedentes hereditarios, órganos y aparatos; de la isla de Puerto Rico.—Enseñanzas prácticas que de él se derivan.—Padrón Sanitario de casas, barrios y pueblos de Puerto Rico expresado en planos tipográfico-médico.— Estadísticas de curados, reinfecciones e inmunes. —Circunstancias en que se realizaron.— Estadística comparativa de mortalidad general, mortalidad por tuberculosis y mortalidad infantil.—Mortalidad infantil.— Consideraciones sobre la natalidad y la nupcialidad en Puerto Rico.—

MEDICINA

Valor de la *cuti, intradermo, oftalmo* y *rino-reacción* en el diagnóstico de la Tuberculosis. Curación espontánea de la Tuberculosis.—Casos registrados en su práctica.— Las modalidades de la temperatura y el diagnóstico precoz de la Tuberculosis.—Valor semiológico del signo de Granger.—La percusión de los vértices pulmonares según Kronig en el diagnóstico de la Tuberculosis.—Hemodiagnóstico y Hemopronóstico en la Tuberculosis pulmonar.—Las *congestiones-edemas* de los vértices sinuladores de la Tuberculosis.— Tuberculosis *sinuladas* y *disimuladas*.— La radiología en el dignóstico de la Tuberculosis.— Casos de su práctica.— *Midríasis autogena* como signo de probabilidad para el diagnóstico precoz de la Tuberculosis pulmonar.—La Tuberculosis de los artríticos.—Uncinariasis y sus relaciones con la Tuberculosis.—El estómago de los tuberculosos. Diferencias esenciales entre la Tuberculosis laringea y el tuberculo laríngeo de los tuberculosos. La Tuberculosis inflamatoria de Poncet.—Las formas septisémicas de la Tuberculosis.—Relaciones

causales entre el eritema indurado, el prúrigo y la pitiriasis rubra de Erba y la Tuberculosis. — Los descendientes de los tuberculosos.— Relación de la Tuberculosis con la fiebre tifoidea.—Relación del paludismo y la Tuberculosis.—Esporotricosis y Tuberlosis.—La *pelada* en los pretuberculosos.—Casos clínicos personales..—*Mielitis* y *poliomelitis* por toxinas tuberculosas.—La muerte súbita en los tuberculosis.— Relaciones de la Corea con la Tuberculosis. —La nutrición de los tuberculosos.—Tuberculosis y adiposis.—Las Psico-neurosis en la tuberculosis.— Las albuminurias intermitentes de los adolescentes. —Formas clínicas de las hemoptisis.—Las anemias de los tuberculosos.—La nefritis aguda tuberculosa. —Pronóstico de las variaciones del pulso en la Tuberculosis.

CIRUJIA

Criterio actual sobre el tratamiento de la Tuberculosis quirúrgica.— Estudio clínico y experimental del método de Bier en la Tuberculosis quirúrgica.—Los medios físicos en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas.—Inyecciones de fermentos en las colecciones tuberculosas.—Su crítica. —Casos personales.— Los nuevo medios diagnósticos de las *toxi-tuberculides*.—La alopecia en el curso de la Tuberculosis.— Valor del tratamiento de Calot en la Tuberculosis quirúrgica.— Tratamiento quirúrgico precoz de la Tuberculosis epifisaria.—¿Las localizaciones tuberculosas quirúrgica son más bien medios de defensa que de infección en el organismo?— Tuberculoma cerebral. — Crítica del tratamiento de la Tuberculosis quirúrgica con las tuberculinas.— Crítica de las tentativas quirúrgicas en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar.

OFTALMOLOGIA

Tuberculosis del globo ocular.— Fenómenos mióticos en los tuberculosos y el *glaucoma*.—Las conjuntivitis en sus relaciones con la Tuberculosis.—El tracoma y la Tuberculosis.— La agudeza visual en los tuberculosos.

TOCO-GINECOLOGIA Y PEDIATRIA

Tuberculosis del cuello de útero.—Su frecuencia.—Peritonitis tuberculosa de origen annexial.—Su tratamiento.—Diagnóstico precoz de la Tuberculosis pulmonar.—La educación de los niños tuberculosos.—Concepto de la Tuberculosis congenitas.—Diagnóstico de la peritonitis tuberculosa en los niños.—Balance de los agentes terapéuticos en la tuberculosis *no visceral* de los niños.—Diagnóstico de la meningitis infantil tuberculosa. La puericultura intra-uterina como medio profiláctico contra la Tuberculosis.—La escuela, el niño y la Tuberculosis.—La lactancia artificial en los niños tuberculosos. ¿Debemos prescribir cruda o cocida la leche de vacas?—Consecuencias prácticas.—Patrones de leche.— Su análisis.—Juicio comparativo entre la leche certificada y la leche pasteurizada.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

Crítica de las tentativas quirúrgicas en el tratamiento de la Tuberculosis pulmonar, Consideraciones sobre la *otitis* tuberculosa y la *otorrea* en los tuberculosos. ¿Existe alguna relación entre el *ocena* y la tuberculosis?—Consecuencias sociales que de ello pueden derivarse.—Influencia de las amigdalas en el desarrollo de la Tuberculosis.—Experiencia personal.—Relaciones entre la herencia tuberculosis y la *sordo-mudez*.—Predisposición a la Tuberculosis en los sordos-mudos. Causas de esta predisposición.—Medios para cortar esta predisposición.—Valor de la *rino-reacción* tuberculosa como medio diagnóstico para evitar la propagación de la Tuberculosis.—Tuberculosis laringea.—Su tratamiento farmacológico y quirúrgico.—Adenopatía traqueo-bronquial infantil y sus relaciones con la tuberculosis.—Transcendencias de su diagnóstico.

SANIDAD MILITAR

Profilaxia general de la Tuberculosis en el ejército.—El problema de la Tuberculosis en la vida militar.—El soldado puerto-riqueño, antes, durante y

después del servicio militar.—El cuartel de Ballajá bajo la dominación americana.—Estadística sorprendente y favorable de la Tuberculosis en el regimiento puerto-riqueño.—La desinfección en la Tuberculosis del soldado.—Hospitalización de la Tuberculosis en el ejército.— La Ginmasia Militar.—El soldado puerto-riqueño en sus relaciones con dicha gimnasia.—Alimentación del soldado puerto-riqueño.—Su dormitorio.—Estadística militar en Puerto Rico en sus relaciones con la fiebre tifoidea.—Vacuna antitífica en sus relaciones con la Tuberculosis.

VETERINARIA

La tuberculosis aviar en sus relaciones con la tuberculosis de los mamíferos.—Fagocitismo en la Tuberculosis.—La lucha oficial contra la tuberculosis basada en los modos de infección de esta enfermedad.—La bovo-vacunacin.— La tuberculosis bovina en Puerto Rico y sus relaciones con la alimentación humana.—Juicio crítico de la ley vigente sobre el particular.—Destino sin excepción que debiera darse a las reses tuberculosas.— Valor de los métodos diagnósticos en la tuberculosis de los animales.—Condiciones patogénicas de la tuberculización de la piel en los animales no receptibles.—Estudio experimental.—Concepto biológico de la acción de la tuberculinas en los organismos tuberculizados.—Técnica para su aplicación como elemento revelador.—Utilidad práctica de su empleo.—¿Se aplica con frecuencia en Puerto-Rico?

HIGIENE Y ACCION SOCIAL

Menor resistencia de la raza de color a la Tuberculosis.—Estudio analítico sobre el particular.—Aspectos de la Tuberculosis en la Isla de Puerto Rico.— Construcción de casas para obreros.—El alcoholismo como causa de Tuberculosis: estadística en Puerto Rico.—Consorcio de la Higiene con el pueblo.—Enfermedad volitiva en el país del *quiero y no puedo.* — Necesidad de elevar la cultura higiénica popular y medios rápidos de conseguirlo.—Conferencias en los talleres.—Meetings al aire libre.—Ca-

sas de salud para obreros.—El seguro obrero.—Las mutualidades obreras.—Concepto e importancia defensiva de la limpieza, pureza, y euforia social respecto a la Tuberculosis.—Sanatorios anti-tuberculosos.— Valía moral y científica.— ¿Son susceptibles de reformas? Debilidad infantil.—Procedimientos para remediarla, restando compo a la simiente tuberculosa.— Viviendas peligrosas.—Ley vigente en Puerto Rico: juicio crítico. — Tribulaciones higiénicas y sanitarias que de ellas emanan en sus relaciones con la Tuberculosis.—El hacinamiento en las viviendas en la ciudad de San Juan.— Remedios.—Valor higiénico de las casas insalubres.— ¿Deben destruirse o comprarse por cuenta del Pueblo de Puerto Rico o por los municipios bajo tasación higiénico social.—Servicios higiénicos gratuitos,—El dispensario: su organización en Puerto Rico.—Las colonias escolares en la lucha antiberculosa.—Los hospitales.—La luz y la Tuberculosis.—La Sífilis, el reumatismo, la Grippe y la Tuberculosis.—Vínculos patológicos entre ellas, apoyados en datos estadísticos y observaciones personales.— Necesidad de establecimientos especiales para corrigendos tuberculosos.—El Presidio de Puerto Rico y la Tuberculosis.

SECCION DE JURISPRUDENCIA

Fundamentos de derecho en el que debiera apoyarse el divorcio en caso de Tuberculosis de uno o ambos cónyuges.—Acción tutelar del Gobierno sobre los hijos de padres tuberculosos.—¿Debería tenerse en cuenta la preexistencia de la Tuberculosis en la apreciación de la gravedad de los accidentes del trabajo.—Tuberculosis y matrimonio.

INGENIERIA SANITARIA

Higiene de los ríos.—Contaminaciones de la mayor parte de los ríos en Puerto Rico.—Sus causas.—Remedios.—Aplicaciones de la electricidad para evitar la propagación y desarrollo de la Tuberculosis.—Destrucción de las bacterias por medio de la electricidad.—Aparatos *ad hoc.*—Un modelo típico

de casa para obrero.—Idem de casa de *una urbe* de 25.000 habitante.—Planos de los mismos.

TERAPEUTICA

Acción del aceite de hígado de bacalao en la Tuberculosis.—Moderna orientación terapéutica en el tratamiento de la Tuberculosis.—La creosota y sus compuestos. — La tuberculina en los hospitales. — Suero-terapia antituberculosa.—Crítica de los tratamientos específicos antituberculosos.— El atoxil y otros arsenicales en el tratamiento de la Tuberculosis.—Las inyecciones intra-venosas de fluoruro sódico en la Tuberculosis pulmonar crónica.—Medios terapéuticos físicos aplicables a la Tuberculosis.—El alcohol en la tuberculosis.— Los fosfatos de cal.—Organoterapia esplenica en la Tuberculosis.

FARMACOLOGIA

Estudios de los medicamentos orgánicos metaloideos y metálicos empleados contra la Tuberculosis. —El método de Bier en el tratamiento de la Tuberculosis.— Acción comparativa de varios antisépticos sobre el bacilo de Kock.—Las opsoninas en la Tuberculosis.—Paralelo entre la tuberculina y las sales de calcio en el tratamiento de la Tuberculosis.— Aplicación del indice opsonico en el tratamiento específico de la Tuberculosis pulmonar.—Tratamiento de la Tuberculosis con el agua de mar isotonica inyectable y Estudio clínico de la misma.

QUIMICA APLICADA Y ANALISIS QUIMICO

Estudio químico y biológico del agua de mar isotónica inyectable.—Estudio químico y farmacológico de la colesterina en sus relaciones con la Tuberculosis.—Procedimiento breve para el examen del esputo.— Caracteres diferenciales del bacilo de la Tuberculosis, del bacilo de la lepra y del bacilo del muermo.

CIRUJIA DENTAL

Enfermedades de los dientes en sus relaciones

con la Tuberculosis.—La saliva de los tuberculosos. —La gingivitis de los tuberculosos.—Estomatitis tuberculosa.

MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRIA

Psicología del tuberculoso.— El tuberculoso en su relación con la delincuencia.—¿Convendría modificar el cumplimiento de las penas en los casos en que el delincuente sea un tuberculoso.—La tuberculosis en los enagenados.— Tuberculosis y matrimonio.—El divorcio por tuberculosis.—Abstracción hecha de la locura fímica ¿hasta qué grado modifican el psiquismo consciente y libre del tuberculoso la iritabilidad de carácter la neurastenia genital, las impulsiones morbosas, las desconfianzas y temores infundados que con frecuencia produce la enfermedad.—*Las paranoias* y la Tuberculosis.

San Juan, Febrero 10 de 1912.

Presidente,	Secretario,
JOSE LUGO VIÑA.	**ELISEO FONT Y GUILLOT.**

Hidrocele, su etiología y tratamiento.

Este trabajo es una continuación del que publiqué en el número 77 de este Boletín. En febrero del 1911, publiqué mis esperiencias y observaciones hasta entonces, basadas en 41 casos operados, haciendo referencia en ellas con especialidad a la etiología y tratamiento de esta afección. Hoy tengo el gusto de presentar algunas experiencias más, basadas en la observación de 62 casos operados y estudiados cuidadosamente desde entonces.

Como dije en mi anterior trabajo, el promedio de casos resultante del exámen de 221 confinados en la penitenciaría de San Juan, ascendió a la cifra de 22.4 por ciento. De todos estos casos el mayor número, sinó todos, presentan una historia clínica personal similar, esto es, traumatismo, montar a caballo, afecciones de la uretra, o del testículo e idiopática en el mayor número. De manera que podemos asegurar con bastante lógica, que el trauma así como las afecciones de la uretra y testículo, o son condiciones coincidentes con el derrame de la túnica vagi-

nal, o son la causa excitante de un proceso que obedece a otra causa general de la cual es solo un síntoma el hidrocele.

En un promedio crecido de mis casos he podido observar adenitis inguinales más o menos voluminosas, así como accesos de linfangitis recurrentes agudos, elefantiasis de las extremidades inferiores. Todos los casos que he operado de elefantiasis del escroto, han coincidido con hidrocele doble, según cité algunos en mi artículo anterior. En casi todos mis casos operados de hidrocele he podido observar la distención de los linfáticos y del cordón espermático así como un edema o acumulación linfática en el espacio fibroso posteriormente y por fuera de la túnica vaginal.

Los exámenes de sangre practicados en el hospital de la penitenciaría y en casos operados han resultado casi todos negativos en lo que se refiere a embrios de filaria, y los líquidos examinados en el laboratorio biológico han resultado negativos. Sin embargo, sabido es el hecho de la necesidad de repetidos exámenes antes de establecer un diagnóstico en lo que se refiere a la filariasis; el caso siguiente nos dará una idea de este punto: R. N., paciente de la penitenciaría, negro, de sesenta años de edad, presenta un hidrocele derecho de algunos años de duración y para el cual no tiene causa conocida que atribuirle.

Se le practican repetidos exámenes de sangre durante el día, sin resultado ninguno, y por la noche, tomándole la sangre cada hora desde las diez en adelante, sin resultado por varias veces, hasta que una noche en la muestra tomada a la una y media aparecen varios embrios, quedando así establecido el diagnóstico de la afección filárica; no presentando el caso ninguna manifestación ni habiendo tenido ataques de linfagitis de ninguna especie.

Enviados al profesor H. S. Steensland, profesor de patología y bacteriología de la universidad de Syracuse, secciones teñidas con hematoxilina y eosina de la túnica vaginal de un caso de hidrocele, reportó lo siguiente: no hay evidencia de filariasis ni de tuberculosis en el speciment. También dice el patólogo, que habiendo él examinado hace poco tiempo el testículo y líquido de un caso de hidrocele, encontró al abrir la cavidad vaginal que contenía ésta parásitos de filaria, e incindido el testículo, éste también los contenía.

Examinada la sangre del paciente contenía embrios de filaria.

Todos estos datos a mi entender parecen arrojar evidencia sobre el punto a que llamé la atención con particularidad, en mi trabajo anterior, esto es a la filaria sanguinis hominis como factor etiológico en el hidrocele.

El hecho de no encontrar los embrios de filaria en la sangre de todos los casos afectados de hidrocele no excluye la posibilidad de que el paciente sea un filárico, si tenemos presente las grandes dificultades que ofrece el exámen así como la necesidad de repetidísimos exámenes, de noche especialmente, hasta determinar exactamente la hora en que los embrios han de salir a la circulación. Nuestro caso citado parece ilustrar este punto bastante bien.

El caso del Profesor Steensland nos suministra un dato de gran importancia e interés científico encontrándose el parásito dentro de la túnica vaginal y dentro del testículo mismo.

El hecho de la coincidencia de otros síntomas clínicos de filariasis en el mismo paciente, tan comúnmente observado por todos, demostrando algo más que una mera coincidencia, y la presencia en casi todos, sinó en todos, en mayor o menor intensidad, de la dilatación e hipertrofia de los linfáticos del cordón espermático, así como de la adenitis inguinal, cuidadosamente observados todos estos datos por mí, y ante todo la ausencia de un factor eitológico hasta ahora comprobados en los casos de hidrocele, afección tan común en los países tropicales, me han inducido a establecer las conclusiones siguientes que simplemente someto a vuestra consideración sobre la etiología del hidrocele: El hidrocele es un síntoma de la invasión del organismo por la filaria sanguinis hominis, esto es todos los casos de hidrocele son debidos en los trópicos a la filaria; o existe una forma o variedad de la afección que es la forma idiopática de estos países que constituye el mayor número de casos y que se debe a la filaria siempre. Como dije en mi artículo anterior repito en este; simplemente quiero aportar datos y no establecer de lleno un principio, considerando esta afección de suma importancia por el número de casos que presenta en este país así como por su etiología probable, o casi segura.

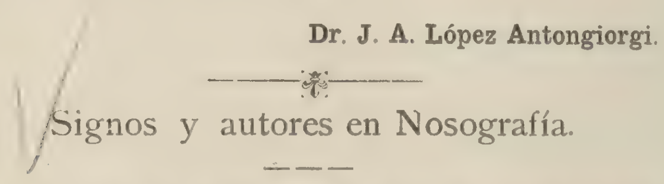
En cuanto al tratamiento, diré que mis 62 casos así como los reportados en mi anterior trabajo fueron todos operados por el mismo procedimiento, esto es, la eversión de la túnica, eún en casos de grandes sacos endurecidos, limitándome en aquellos más grandes a retirar un pedazo de la vaginal haciendo

la eversión de la restante mayor parte. En todos los casos tuvimos especial cuidado de dividir con tijera el ligamento escroto tesicular y muy especialmente en aquellos casos en que este ligamento está hipertrofiado, para poder garantizar el éxito inmediato y futuro de la operación. Tengo noticias directas de la reproducción de otro caso operado por un competente cirujano quien según manifestación personal na había dividido en aquel caso el ligamento escroto testicular.

Nuestros casos no han dado ninguna recidiva y podemos asegurar que no la darán si recordamos el hecho de que éstas tienen lugar siempre muy temprano después de operados; dentro de los dos primeros meses.

Así pues, en vista de las observaciones sobre el tratamiento quirúrgico por la eversión de la túnica vaginal (Doyen, Jabulay). así como de los resultados obtenidos en mis 62 casos operados y de los 41 reportados el año pasado, en los cuales hay solamente una recidiva debida, según expuse en mi anterior trabajo, al hecho de no haber dividido el ligamento escroto-testicular, como ha contribuído a probarlo la otra recidiva en el caso de mi compañero quien no dividió este ligamento, mis 62 casos operados con esta precaución, sin arrojar ninguna recurrencia, me autorizan, entiendo yo, para deducir las conclusiones siguientes: el tratamiento quirúrgico del hidrocele por el procedimiento de la eversión de la túnica vaginal, teniendo presente la división del ligamento escroto-testicular, es el procedimiento ideal puede decirse, pues reune la facilidad de ejecución a la garantía en materia de resultados inmediatos y posteriores, pudiendo asegurarse el resultado positivo y duradero de la operación. Con todo esto solo hago ratificarme en mis conclusiones del año pasado.

Dr. J. A. López Antongiorgi.



Signos y autores en Nosografía.

Es muy usual en **Nosografía** el designar ciertos signos clínicos por un nombre propio, en general el nombre del autor que ha llamado la atención sobre el valor diagnóstico de dichos signos.

He aquí las más usuales de dichas designaciones, que hemos traducido de uno de los volúmenes de la magnífica obra titulada

NOUVELLE PRACTIQUE MEDICO-CHIRURGICALE ILLUSTREE, que acaban de publicar en París los señores Mason et Cie., libreros de la Academia de Medicina.

Signo de ARGYLL ROBERSTON.—Las pupilas reaccionan a la acomodación, pero no a la luz.

Signo de AUENBRUGGER.—Elevación de los tegumentos superficiales que caracteriza los derrames del pericardio..

Signo de AUSPITZ o del *aruñazo,* aparición de unas muy pequeñas manchas hemorrágicas sobre la superficie, puesta a descubierto, por un grattage, bajo las escamas de la psoriasis.

Signo de BABINSKI.—Extensión de los dedos de los piés como consecuencia de la excitación de la planta del pié, indicio de una perturbación en el funcionamiento delsistema piramidal; signo de gran valor para el diagnóstico de las afecciones nerviosas orgánicas.

Signo de BACCELLI.—Ausencia de pectoriloquia afónica en la pleuresía purulenta.

Signo de BAMBERGER.—Trastorno de la sensibilidad; una excitación cutánea limitada da lugar a una sensación localizada por el enfermo, en una región situada en el lado opuesto del cuerpo.

Signo de BARD.—En el nistagmus orgánico, las oscilaciones del globo del ojo, aumentan. En el nistagmus congénito dichas oscilaciones tienden a desaparecer cuando el enfermo sigue al dedo del observador.

Signo de BAUMES.—Esternalgia. En el *angor pectoris.*

Signo de BAZY.—Para hacer el diagnóstico entre la estrechez de la porción bulbar de la uretra y el espasmo uretral. En la estrechez (excepto las membranosas que son de origen traumático), la bola del explorador es siempre sentida por el periné, y no lo es por el tacto rectal. En el espasmo no es sentida por el periné, y sí por el tacto rectal.

Signo de BECHTEREW.—Consiste en la dilatación pupilar homolateral, la rubicundez de la cara, la aceleración de la respiración, cuando se pellizca la región *que se pretende*., anestesiada.

Signo de BELL.—Este signo permite diferenciar la parálisis facial periférica: si se ordena al enfermo que cierre los ojos, en el lado paralizado el globo ocular se inclina hacia arriba y a fuera. Este fenómeno no se produce en la parálisis facial de origen central.

Signo de BIERMER.—En un pneumo-torax con derrame, la altura a que se percibe el "ruido de bronce", varía según la posición del enfermo.

Signo de BIERNACKI.—Anestesia del nervio cubital en la tabes. La presión ejercida sobre el nervio cubital al nivel del surco olecraniano, no produce más el vivo dolor propagado hasta el dedo meñique, ni las contracciones de los músculos invernados por dicho nervio, que se observan en el estado normal.

Signo de BORSIERI.—En la escarlatina, al principio, una raya trazada con la uña sobre la piel, hace aparecer una línea pálida, que pronto es remplazada por una línea roja menos ancha.

Signo de BOZZOLO.—Pulso visible sobre la nariz, en ciertos aneurismas de la aorta torácica.

Signo de BRIGHT.—Ruidos de frotamiento peritoneales.

Signo de BRISSAUD.—Escoliosis ciática.

Signo de BRYSON.—Falta de ampliación del torax durante la inspiración, en el bocio exoftálmico.

Signo de BURTON.—Ribete gingival, gris y pizarroso, característico de la intoxicación crónica por el plomo.

Signo CARDARELLI.—V. Oliver.

Signo de CASTELLINO.—V. Oliver.

Signo de CHAUSSIER.—Vivo dolor epigástrico, algunas veces al principio de una crísis de eclampsia.

Signo de CLAPTON.—Un Rivete verdoso de las encías, que se observa en el envenenamiento crónico por el cobre.

Signo de COMBY.—En el sarampión.

Signo de CRICHTON BROWNE.—Temblor de las comisuras de los labios y de los ángulos externos de los ojos, al principio de la parálisis general.

Signo de DAMOISEAU.—Para determinar el límite superior de un derrame pleurítico mediano. La zona de macidez está limitada por una línea parabólica cuyo vértice está sobre la línea axilar, la extremidad posterior llega hasta la columna vertebral, y la extremidad anterior al esternón.

Signo de DUPUYTREN.—En la luxación congénita de la cadera, se determina un resbalamiento de la cabeza femoral, por medio de tracciones o de presiones ejercidas sobre el miembro inferior.

Signo de DUROZIEZ.—Doble soplo intermitente crural, que se oye auscultado la arteria crural, en la insuficiencia sórtica.

Signo de ERB.—Aumento de la excitibilidad eléctrica de los nervios priféricos, en la tetania.

Signo de ERICHSEN. —En la sacro-coxalgia, se determina un dolor a nivel de la articulación sacro-alíaca, acercando los huesos ilíacos por una brusca presión de las dos espinas ilíacas antero superiores.

Signo de FEDERIFI.—Percepción de los ruidos del corazón en toda la extensión del abdómen, en un sujeto atacado de peritonitis por perforación con salida de gases intestinales en el peritoneo.

Signo de FEREOL.—Constatación de nudosidades intra-cutáneas efímeras en el reumatismo articular agudo, franco.

Signo de FLINDT.— V. Koplik.

Signo de FLINT.—Soplo presistólico en la punta, que se observa a veces en la insuficiencia aórtica, aunque esté sin asociación de estrechez mitral.

Signo de FREDERIC MULLER.—Movimientos del velo del paladar y de las amígdalas, debidos a la asociación del pulso capilar y de las pulsaciones carotídeas, que se encuentra en la insuficiencia aórtica.

Signo de FREDERIC THOMPSON.—V. Thompson.

Signo de FRIEDREICH. —Tonalidad más elevada del sonido timpánico durante la inspiración que durante la expiración, cuando se percute una vasta caverna pulmonar, o un pulmón empujado por un derrame pleurítico o por un pneumotorax.

Signo de FURBRINGER. —En un abceso sub-diafragmático, los movimientos respiratorios son trasmitidos a una aguja implantada en la cavidad del abceso. Estos movimientos no se producen si la colección purulenta es torácica.

Signo de GANDOLPHE. —En la estrangulación interna, la existencia de un derrame se revela en los flancos por la macidez o por la sub-macidez. Se la puede comprobar en la pequeña pelvis por el tacto rectal o vaginal.

Signo de GOSSELIN.—Dolor vivo que se produce en las dobles fracturas verticales de la pelvis, si se separa el muslo del lado fracturado.

Signo de GOWERS.—La pupila, en vez de contraerse progresivamente y de una manera contínua delante de la luz, se contrae por saltos.

Signo de GRAEFE. —Paresia del párpago superior cuando la mirada se levanta o se baja, en la en fermedad de Basedow.

Signo de GRAVES.—Sensibilidad anormal de los nervios den-

tarios en los gotosos, pudiendo llegar a provocar el castañeteo de los dientes.

Signo de GUYON.—*Movimiento* del riñón.

Signo de HEGAR.—Al principio del embarazo. Desde la séptima semana en el estado normal y fisiológico, el cuerpo del útero forma un tumor blando, el cuello permanece duro, y el segmento intermidario se ablanda considerablemente. De ello resulta que este segmento se pone muy comprensible, y que por esta causa la mano abdominal y el dedo vaginal, colocado detrás del cuello, no perciben entre ellos más que una banda de tejido muy fina, como si el cuerpo y el cuello estuvieran casi completamente separados.

Signo de HEIM-KREYSIG.—Depresión sistólica de los espacios intercostales, que se observa en la sínfisis cardiaca.

Signo de HEIM-SANDERS.—En la sínfisis cardiaca se observa una ondulación de la pared toráeica, que sobrepasa los límites de la macidez cardiaca, y que tiene su maximun de intensidad en la región epigástrica.

Signo de HOFFMANN.—Hiperexitabilidad mecánica de los nervios, en la tetania.

Signo de HOPE.—Doble impulsación cadiaca, entrecortada, en el aneurisma de la aorta.

Signo de JACCOUD.—Movimiento de *vaiven*, de la región precordial, en la sínfisis cardiaca.

Signo de JAFFE.—En el abceso sub-diafragmático, la salida del pus es más fuerte durante la inspiración que durante la expiración, y, a la inversa, si el abceso es torácico, pero la parálisis del diafragma puede hacer esta distinción imposoble.

Signo de JELLINEK.—Pigmentación oscura de los párpados en la enfermedad de Basedow.

Signo de KERNIG.—En la meningitis hay imposibilidad de obtener la extensión completa de las rodillas, en la posición sentada.

Signo de KOPLIK.—Sítoma precoz del sarampión, aparición sobre la mucosa de los carrillos de pequeñas manchas blanco-azuladas, ligeramente levantadas, rodeadas de una areola inflamatoria. Este signo ha sido también descrito por Filindt.

Signo de KREYSIG.—V. Heim-Kreysig.

Signo de KUSSMAUL.—Pulso filiforme durante la inspiración (pulso paradoxal) en la pericarditis.

Signo de LANCISI.—En las miocarditis graves, los latidos del

corazón son percibidos bajo forma de *tremolación* (temblor del corazón).

Signo de LASEGUE.—En la ciática, se provoca el dolor por la flexión del muslo sobre la pelvis, estando la pierna en extensión.

Signo de LAUGIER.—En la fractura de la extremidad infe- del radio, la apófisis estiloides de este hueso se encuentra, lo menos, al nivel de la apófisis estiloides del cúbito.

Signo de MANNKOFF.—En las neuralgias traumáticas se observa una aceleración del pulso bajo la influencia de la presión sobre un punto doloroso.

Signo de MELTZER.—Normalmente, en la auscultación del cardias (al lado del apéndice xifoides), se oye, después de la deglutición, un primer ruido producido por el paso de finas gotitas, y seis o siete segundos después, un ruido de *glouglou*. Ahora bien, según Meltzer, el segundo ruido falta en el caso de oclusión, o de estrechez pronunciada, de la parte inferior del esófago.

Signo de MOEBIUS.—Dificultad de la convergencia de los ojos en el bocio exoftálmico.

Signo de MULLER.—En la insuficiencia aórtica, se observa el pulso capilar de la campanilla, que hasta puede ser animada de oscilaciones pulsátiles. También se ven los latidos amigdalianos.

Signo de MULLER.—En los casos de semi-anestesia, el signo Muller puede presetar servicios. Hélo aquí, sgún Remy. Colóquese el observador detras del sujeto de la observación. Este sabe que la línea mediana limitaa la zona sensible de la insensible, pero no conoce la fisiología, y lo que él ignora también es que dos puntas o dos dedos aplicados a una distacia menor de 5 centímetros en la región dorsal, no dán más que una sensación, a condición que sean aplicados a un mismo tiempo. Si se toca sucesivamente con los dos dedos, el sujeto contará dos contactos, y sabrá que hay dos dedos. Por los dos dedos una vez puesto, a la vez, le será imposible decir cuantos hay. Colocad los dedos uno detrás del otro, en una zona mediana *de* 5 centímetros, un dedo sobre el lado sano y el otro, sobre el lado pue se supone anestaciado, de tal manera que el paciente tenga conciencia de ello. Quítese enseguida el que está colocado sobre el lado sano, cosa que se puede hacer sin que lo note el indivíduo. Entonces no queda contacto más que con la parte insensible. Si el enfermo siente todavía es que no hay anestesia.

Signo de MUSSET.– Sacudidas rítmicas de la cabeza en los aórticos.

Signo de NIKOLSKY.—En ciertas afecciones cutáneas la epi-

dermis córnea se desprende fácilmente por una fuerte presión del dedo, formándose una burbuja en su lugar.

Signo de OLIVER. En los aneurismas del cayado de la aorta se observan movimientos de bajo arriba de la laringe. isócronos con el sístole cardiaco.

Signo de PARROT.—En la meningitis se observa una dilatación de la pupila dspués de pellizcar la piel.

Signo de PFUHL.—Análogo al signo de Jaffé.

Signo de PINS.—En la pericarditis. los signos pleuro-pulmonares simulan la pleuresía, desapareciendo cuando el enfermo se coloca en la posición genu-pectoral.

Signo de PITRES.—En las pleuresías con derrame, un cordón tendido del medio de la horquilla esternal a la sínfisis del pubis no corta el torax en dos partes iguales.

Signo de PORTER.—V. Oliver.

Signo de QUINQUAUD.—En los alcohólicos se percibe un choque de falanges cuando el enfermo apoya con fuerza sus dedos. separados y estendidos, sobre la mano del examinador.

Signo de REMAK.—En los tabéticos, una sola excitación cutánea produce varias sensaciones sucesivas.

Signo de ROBERTSON.—V. Argyll-Robertson.

Signo de RODET.—Necesidad que sienten los morfinómanos de hacerse picaduras por la sola satisfacción de picarse la piel.

Signo de ROMBERG.—En la tabes. el enfermo oscila. y hasta cae, si se le ordena que permanezca de pié. con los piés juntos y los ojos cerrados.

Signo de ROSEMBACH.—En la hemiplegia histérica, el reflejo abdominal persiste apesar de la anestesia cutánea. Este reflejo falta en la hemiplegia orgánica.

Signo de ROSEMBACH.—En el bócio exoftálmico el movimiento de los párpados es raro, y hasta nulo.

Signo de ROSENHEIM.—Frotamiento percibido a la auscultación del hipocondrio izquierdo, en los casos de perigastritis fibrosa.

Signo de SANDERS.—V. Reim-Sanders.

Signo de SCHULE.—La contratación del músculo frontal produce amenudo en los melancólicos, un conjunto de arrugas paralelas. situadas hacia la raiz de la nariz. y recordando la letra griega llamada "omega".

Signo de ISEUR.—Sonido argentino que se obtiene en los

casos de derrame pleural, auscultando el torax, mientras se percute el punto diametralmente opuesto, por medio de dos monedas.

Signo de STLLWAG.—En el bócio exoftálmico, aumentación de la separación palpebral, y dificultad, y a veces imposibilidad, de cerrar los párpados, como consecuencia de la exoftalmía.

Signo de STILLER.—Mobilidad anormal de la sexta costilla, que se encuentra en las personas atacadas de ptosis visceral, y particularmente de riñón móvil o de la dilatación del estómago.

Signo de STRAUS.—En la parálisis facial periférica, se ve apareceer más tarde la sudación del lado paralizado, a consecuencia de una inyección de pilorcapina.

Signo de TCHOUDNOVSKY.—Murmullo especial que se percibe auscultando el abdómen, a cada movimiento respiratorio, en los casos de pneumo-peritonitis por perforación intestinal, y cuyo máximun de intensidad reside al nivel d la prforaeción.

Signo de THOMPON.—*Festón* rojizo que se observa en el borde de las encías, en la tuberculosis pulmonar.

Signo de THORNTON.—Violento dolor a nivel del flanco, en la litiasis renal.

Signo de TROUSSEAU.—Posibilidad de provocar, en la tetania, un nuevo acceso, comprimido un haz neuro-vascular en un punto fácilmente accesible (el nervio mediano en la corredera bicipital, por jemplo).

Signo de VANZETTI.—Escoliosis ciática.

Signo de VON WAHL.—En el estrangulamiento interno.

Signo de WEISS.—Aumento de la excitibilidad mecánica del nervio facial en la tetania. Lamenor percusión del nervio por delante del trago produce contracciones desordenadas de todos los músculos de la cara.

Signo de WERNICKE.—En un sujeto atacado de hemianopsia bilateral homónima, la reacción popular no se produce, cuando un rayo luminoso hier la mitad ciega de la retina, sino cuando la lesión interesa las vías ópticas más allá del tálamo. En el caso contrario no se obtiene reacción sino a condición de impresionar la mitad sana de la retina.

Signo de WESTPHAL.—Abolición del reflejo rotuliano, característico de la tabes, pero se encuentra también en otras afecciones, (paraplegias.)

Signo de WILLIAMS.—Disminución del aumento de la capacidad inspiratoria a izquierda, en la sínfisis cardiaca.

Signo de WINTRICH.—Tonalidad más elevada del sonido a

la percusión de una capacidad pulmonar, (caverna voluminosa, bronquiectasia), cuando está abierta la boca, que cuando está cerrada.

Relación de los Médicos que residen en P. R.

Adjuntas: Dr. Celso Caballero.

Arecibo: doctores, M. Figueroa, **A. Ruiz Soler, M. Roses Artau, F. Susoni**, R. Boid, **Fernando Alemán, Martínez Roselló, P. Ramos Casellas.**

Aguadilla: dotores, **A. Torregrosa, B. Jiménez Serra, Pablo Zamora** Ricardo Blazquez, **J. Igartua.**

Aguas Buenas: doctor **Alfredo Márquez.**

Añasco: doctores **A. Blanes, M. Dueño.**

Arroyo: Dr. **M. Rovellat Canals.**

Aibonito: **Dr. Chas. Gill Ponce de León.**

Barceloneta: **Dr. R. Vergne Santos.**

Barranquitas: Dr. **Martín O. de la Rosa.**

Barros: Dr. **Gregario Santo Domingo**. Emlio Alfaro Díaz.

Bayamón: doctores **M. Fernández Nater, Agustín Stahl, M. Fosas**, A. Lasaleta, J. M. Amadeo, L. Figueroa, **J. Guzmán Soto.**

Cabo Rojo: doctores **Félix M. Vilella**, E. López, Ramírez Cuerda.

Camuy: Dr. **Felipe A. Garcia.**

Caguas: doctores **M. Jiménez Cruz**, P. Jiménez Sicardó, **V. Gutierrez Ortiz, Felipe B. Cordero, Simón Moret, Mora Vaamondo.**

Carolina: doctores **J. Aubray** y **Clemente Fernández.**

Cayey: doctores **A. Villenueve, J. Martí**, Tomás M. Foley.

Ciales: doctores **F. Martínez, P. Rivera.**

Coamo: doctores **Leonardo Igaravides**, Florencio Santiago, J. Santiago Torres.

Comerío: Dr. A. Umpierre.

Corozal: **Dr. Luis D. Otero.**

Fajardo: doctores **Santiago Veve**, Miguel S. Veve, J. M. Saldaña, Juan Veve, F. Vizcarrondo, **José A. Díaz.**

Dorado: Dr. A. Livingston.

Guayanilla: Dr. **M. Zavala Rodríguez.**

Gurabo: doctores Félix Villamil, Victor Coll y Toste.

Guánica: Dr. H. B. Knapp.

Guayama: doctores **Alejandro Buitrago**, José María Muñoz, **Juan Trujillo, E. Canino, Galo Bremont.**

Humacao: doctores **Francisco J. Hernández, Pedro J. Palau, Isidro A. Vidal, P. Font Martello, E. García Lascot.**

Humacao: doctores **Clemente Mercado**, James A. Brices.

Hatillo: Dr. **Vicente Roure**

Isabela: doctores **J. E. Luigi**, Jane E. Dunaway, John Honell Harriss.

Jayuya: doctores Benj. Stephenson, Willis Stephenson.

Juncos: doctores **J. Barreras, A. Paniagua**.

Juana Díaz: doctores E. Valleeillo, Angel M. García Ubarri. José González.

Lares: Dr. **F. Sein.**

Las Marías: doctores Charles Guffain, García Suarez.

Las Piedras: Dr. V. M. Llovet.

Loíza: Dr. **S. Vizcarrondo.**

Lajas: **Dr. Hipólito Aparicio.**

Manatí: doctores F. B. Colón, M. Blazquez, Octavio Jordán, A. Jordán.

Mayagüez: doctores Black **Smith, Conrado Hernández, Rafael U. Lange, Pedro Perea Fajardo**, N. Jiménez Nussa, J. **Martínez Guasp, Marcos A Manzano, A. Franco Soto, D. Luis, Vadí**, Andrés Orsini, **Manuel Rodríguez, Luis F. Santos, L. García de Quevedo, A. Gastambide.**

Naguabo: doctores Roscoe H. Knowlton,**Casimiro G. del Valle**

Maricao: doctores **O. Sulsona, J. Benet Valdés**, L. Oms Puig.

Morovis: Dr. D. Córdova.

Maunabo: Dr. J. Dausá.

Patillas: doctores **R. Vergne Castelo**, E. M. Bond, **R. Stella.**

Peñuelas: doctores M. B. Caballero, **E. F. O/is.**

Ponce: doctores E. Vidal Ríos, M. de la Pila Iglesias, R. **López Nussa**, A. Pietri, **G. Vilaronga, P. Hernández, Floren-Watson, Sixas.**
cio Suarez, Julio Ferrer, Guillermo Vives, Vicente Santoni, A. Ferrán, P. Malaret, L. Aguerrevere, **M. Garratón Muñoz, Ch. Edw. Ruth**, P. Salicrup, **Guillermo Salazar**, A. Santaella Costa, **Carlos Vogel**, Carlos Vives, Srta. Dra. Pérez Marchán. **J. R. Audinot.**

Quebradillas: **Dr. J. Reguero Feliú.**

Rio Grande: doctores **Luis C. Boneta, Pablo Pereira Leal.**

Rio Piedras: doctores **V. Flores Arrieta, José Marcano**, L. P. Orcasitas, **A. Bou.**

Salinas: doctores A. Godwin Merhoff, **F. Izquierdo.** . . . .

San Germán: doctores L. Rodríguez Ferrer, E. Quiñones Cardona, Rafael Vera, F. García de la Torre, Arturo Viaggi.

Sabana Grande: **Dr. Féiix Tió.**

San Lorenzo: Dr. **Juan G. Bajandas.**

San Sebastián: doctores J. A. **Franco, M. Rodríguez Cancio.**

Santa Isabel: Dr. J. L. Montalvo.

Toa Alta: **Dr. M. Herrero.**..

Toa Baja: doctores **P. Bonelli, F. Aguirre.**

Utuado: Dres. Adrián Cueto, Mariano Caballero, **Agustín Diez.**

Trujillo Alto:

Vega Alta: Dr. **J. M. Santiago.**

Vega Baja: doctores **José H. Amadeo,** José S. Morales.

Vieques: doctores **Guillermo Carreras,** J. S. M. Pressly, **J. F. Costa Díaz.**

Yabucoa: doctores Pereira. **J. E. Berríos, Diego Román Díaz.**

Yauco: doctores **Jacinto Zarrat, Ramón Gatell,** Ramón L. Rodríguez, Dario Franceschi, **Palmira Gateli,** Manuel García.

San Juan: doctores **E. Corona,** E. Raimond Hilderth, Peter Linsay, Ed. Huntington, **José A. Vázquez,** U. R. Wehn, **José Chacar, R. Vélez López, Elisa Rivera, G. Carrera, C. Coll y Toste, Ruiz Arnau, R. del Valle Rodríguez, F. Matanzo, J. Lugo Viña, Gustavo Muñóz Díaz, Francisco Rivero, W. F. Lippitt Fernando González, M. Quevedo Baez, Francisco R. de Goenaga,** P. Gutierrez Igaravídez, **José M. Cueto, José N. Carbonell, E. Font y Guillot, E. García Cabrera, John S. Browne, Jorge del Toro, Guillermo Curbelo, José Gómez Brioso, José C. Barbosa, Francisco del Valle, Pedro del Valle, Narciso Doval, E. Verges Casals, Salvador Ross I. González Martínez, José S. Belaval, A. Molina St. Remy, Ana Janer Palacios, M. A. Frías Salvador Giuliani, Walter A. Glines, Jesús Monagas, José Carballeira, Jacinto Avilés, José E. Saldaña, B. K. Ashford, Rafael López Sicardó, J. López Antongiorgi,, Jacobo Caldelas, S. B. Grubbs, Ramón A. de Torre, L. L. Biamon, A. Santana Nater A. Vallecillo, W. R. Watson,** A. Alvárez Martinez **Fernando de Juan.—A. Mayoral, Dra. María A. Seixas.**

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.

IX. { MARZO Y ABRIL DE 1912. } Número 82.

SUMARIO.

ACCIDENTES NERVIOSOS DEL DIOXIDIAMIDOARSENOBENZOL.

Hará pronto dos años que surgió a la vida el dioxidiamidoarsenobenzol, más vulgarmente conocido con los nombres de "606" y de "Salvarsan". Pronto hará dos años que la humanidad concibió la halagüeña esperanza de acabar de una vez y para siempre con la terrible plaga que la azota. El éxito del nuevo medicamento fué asombroso. En todas partes, en asambleas y academias, en ciudades y aldeas, entre gentes de ciencia y entre profanos, no se hablaba de otra cosa sino del "606", se proclamaban sus éxitos brillantes, se citaban las curaciones maravillosas que realizaba. Frente a estos éxitos, se levanta hoy una lista ya larga, de los accidèntes, amenudo mortales, ocasionados por su empleo. Como la **tuberculina** que debía revolucionar el mundo y cayó en el mayor descrédito porque se empleó mal y en casos en que estaba contraindicada antes de conquistar el sitio que legítimamente le pertenece, así el "Salvarsan" ve surgir, frente a los entusiasmos y a las alabanzas de la primera hora, los ataques rudos más o menos apasionados, las prudentes reservas que la ciencia impone. Y el médico fluctúa entre alabanzas y vituperios, éxitos y fracasos, afirmaciones y negaciones. La, al parecer, sencilla cuestión de dosis, constituye un problema de difícil resolución, pues mientras unos defienden las dosis fuertes que exponen a provocar accidentes, otros son partidarios de las dosis débiles que exponen a recidiva. Hay más aún, es un hecho cierto que antes con el mercurio no se veían los accidentes nerviosos (polineuritis, meningitis mortales) que hoy se ven con el "606". Con el

mercurio no había muertos al inicio, como sucede con el arsenobenzol.

Parece, pues, como que ha llegado la hora en que se inicia algo así como la decadencia del "606". Tal vez ello sea debido a "lo poco documentados que estamos sobre lo que acaece al arsenobenzol en el organismo y en qué proporción se fija en el tejido nervioso. Parece que el 'Salvarsan', como los arsenicales en general, tiene cierta afinidad especial por el sistema nervioso." (Balzer).

Para remediar esta insuficiencia de documentación aparecen a diario trabajos, memorias, monografías, que hacen dar nuevos pasos a la cuestión y dejan entrever cercano el momento en que el "606" conquiste en terapéutica sitio de honor y en que se vean coronados con éxito los esfuerzos de Ehrlich y de sus colaboradores hacia la consecución de una **Therapia sterilisans magna.**

* * *

Los accidentes producidos por el "606" pueden depender, unos de la inyección, otros del medicamento mismo. No me ocuparé de los primeros, fáciles de evitar si se tiene cuidado en observar las reglas necesarias y minuciosas de técnica y de preparación del medicamento.

Los otros, dependientes del medicamento, pueden afectar a todos los organismos:—sistema nervioso, hígado, riñones, corazón.—Presentan mayor o menor duración, son, desgraciadamente, amenudo mortales y se presentan con más o menos frecuencia.

De todos ellos, me han parecido más impresionantes, más dramáticos, más graves, los accidentes nerviosos. El arsenobenzol reacciona muy fácilmente sobre el sistema nervioso, e importa conocer cómo se manifiesta esta reacción, y con qué medios contamos para impedirla.

Esto se propone el pequeño estudio que tengo el honor de someter a vuestra consideración, que será necesariamente defectuoso e incompleto, y para el que reclamo vuestra indulgencia.

* * *

Desde que empezaron a emplearse las inyecciones del "606", se vió que, como consecuencia de ellas, sobrevenían a veces accidentes nerviosos más o menos graves; unos se producían muy pronto, algunas horas, uno, dos y hasta cinco días después de la inyección, y eran amenudo mortales. Otros son tardíos, se pre-

sentan a veces tres meses y aún cinco y seis después de la inyección, y son relativamente benignos.

Como ejemplo de los primeros, es muy instructiva e interesante la serie que presentan Lerede y Kuesmann. Por ello la resumo aquí:

Se trata de seis observaciones comparables entre ellas. De seis enfermos murieron cinco, todos con síndrome clínico análogo y poco más o menos en el mismo lapso de tiempo. El tipo de ellas es el siguiente:

Primer enfermo. Enfermo de Rouget (Société Médicale des Hôpitaux, 15 Decembre 1911). Jóven soldado de 22 años, sin ninguna tara, que contrae la sífilis tres años antes. Aparte del chancro y de algunas placas mucosas, no presenta ningún otro accidente. A petición suya se emplea el "606", 60 centígramos en inyección intravenosa.

La inyección es muy bien soportada, durante dos días el enfermo no presenta novedad. El tercero, en el momento de salir del hospital, siente de repente escalofríos, náuseas y empieza a vomitar un líquido "borra de café". Los miembros están ligeramente tesos, sin signo de Kernig. T. 37°. Durante todo el día persisten los vómitos negruzcos. Suspensión de las evacuaciones, orina ligeramente albuminosa. Al día siguiente, crisis epileptiformes durante todo el día. T. 38°,4. El enfermo muere en el coma a las 11 de la noche.

Autopsia. Congestión intensa del encéfalo y dos pequeños focos hemorrágicos en el techo del ventrículo derecho. Riñones y pulmón también congestionados. Ausencia de tubérculos y de lesión de ninguna clase.

El enfermo murió, pues, con síntomas de lesiones meningo-encefálicas.

Segundo enfermo de Oltamare. Recibió una inyección de 60 centi. que fué bien soportada. El tercer día aparecen cefalea, coma con elevación de temperatura, crisis convulsivas y muere con 40°,5 el sexto día.

Autopsia. lesiones crónicas de las meningeas y de la aorta, corazón grasiento degenerado, lesiones pulmonares crónicas.

Tercer enfermo. De Caraven, al inicio enteramente de su sífilis recibe una primera inyección de 60 centi. bien soportada, otra ocho días después otra de 60. Los dos primeros días se pasaron bien. El tercero y el cuarto, cefalea, signo de Kernig, tiesura de la nuca: aparecen crisis de contractura, se instala el coma,

la temperatura sube gradualmente y muere el enfermo el quinto día con 40°,45. Tuvo dos gramos y medio de albúmina por litro de orina.

Autopsia. Encéfalo y dura madre muy congestionados, así como los pulmones y los riñones.

Cuarto enfermo. De Duigou, sifilítico secundario. Tres días después de una inyección de 40 centi., delirio, crisis epileptiformes, coma y muerte.

Autopsia. Congestión de todas las vísceras, sobre todo el cerebro que presenta muchas equimosis. Nefritis sobreaguda.

Quinto enfermo. De Beurmann. Vomita durante dos días. T, 38°,6. Crisis epileptiformes. Muere en el coma al cuarto día.

Autopsia. Cerebro y meníngeas intactas. Nefritis aguda. Muere al parecer por uremia con accidentes nerviosos.

Sexto enfermo. De Hoffman. Atacado de paraplegia por mielitis sifilítica. Es el único que presenta síntomas distintos a los otros. En la noche que sigue a la inyección, se presenta una parálisis facial inferior y braquial izquierda con estupor. Su estado se agrava poco a poco. La temperatura se eleva y el enfermo muere en el coma. En la autopsia se encuentran focos de reblandecimiento cerebral por obliteración de una arteria cerebral probablemente enferma con anterioridad. No existe congestión aguda del cerebro ni de las menigeas.

En todos estos casos los enfermos mueren en el coma después de haber presentado cefalea, ataques epileptiformes, vómitos, y se encuentran en la autopsia lesiones de meningo encefalitis aguda.

* * *

Varias hipótesis se han hecho para la explicación de estos fenómenos:

Larede y Kuesmann aceptan y defienden la reacción de Herxheifer, "la que se manifiesta, dicen, con más o menos fuerza cada vez que se administra un medicamento antisifilítico activo a dosis suficiente."

Esta reacción fué descrita por primera vez por Jarisch muy incompletamente. Se trata, dice, de una especie de reacción que se manifiesta en los primeros días del tratamiento mercurial, en enfermos atacados de roseola sifilítica, por un aumento de todos los síntomas característicos de esta afección. Después de dos a cinco inyecciones o fricciones, las manchas ais-

ladas parecen muy amenudo más claras que antes y por esta razón parecen haber aumentado de número.''

Algo más tarde Jadassohn completa esta descripción: ''En particular en la roseola, después de la primera inyección de mercurio, se observa amenudo fiebre, y el eritema se extiende y se pone más rojo; se trata de una reacción análoga a la que sobreviene después de las inyecciones de tuberculina. Otras veces y particularmente después de la inyección, se observa solamente una elevación de temperatura.''

En fin, Herxheimer describió completamente la reacción que lleva su nombre.

Esta reacción resulta directamente de la acción del agente antisifilítico sobre los parásitos y las que ellos han provocado. Sobreviene en enfermos con erupciones secundarias y sometidos a un tratamiento mercurial activo. A veces se acompaña con fenómenos generales. Si es producida por el mercurio, no se manifiesta sino en los casos de sifílides generalizadas. Pero si es producida por el ''606'' podrá también manifestarse por lesiones aisladas, como chancros y gomas. A veces sucede que ciertos accidentes, latentes hasta entonces, se ponen de manifiesto.

Otro autores dan diferentes explicaciones para estos accidentes. Sicard pretende explicarlos por el meningo tropismo, cuyos síntomas principales son: cefalea, vómitos, fiebre ligera. (Síntomas de intolerancia nerviosa).

Estos accidentes son descritos por Ehrlich bajo el nombre de neuro recidivas precoces.

Otros autores los hacen depender de faltas de técnica, ''lo que es inadmisible, puesto que han sido observados por médicos habituados al manejo de este medicamento, y porque en una serie de enfermos vistos y tratados el mismo día, con la misma droga y con técnica idéntica, uno solo de la serie no soporta bien la inyección y presenta síntomas, ya leves, ya tan graves que pueden producirle la muerte.'' (Ravaut). Se ha llegado hasta inculpar el agua destilada.

Otros han achacado estos fenómenos a la anafilaxia, otros a la intoxicación arsenical. ¿No vemos ciertos enfermos soportar mal el arsénico y presentar una susceptibilidad especial que recuerda la anafilaxia, ya que se producen con más frecuencia después de la segunda inyección, y a veces también después de la primera?

Todos sabeis que Richet llama anafilaxia a una sensibilidad

creciente a la acción de ciertos tópicos, sensibilidad que no se demuestra sino después de un plazo de incubación, y no enseguida, como en la acumulación.

He aquí en que circunstancias se manifiesta el fenómeno:

Experimentando en el perro con el veneno de las actinias, si se le inyecta una dosis no mortal, el animal se restablece; una dosis semejante inyectada algunos días más tarde, no produce efecto; pero al cabo de cuatro u ocho semanans, una dosis aunque sea diez o doce veces menos fuerte, provoca accidentes muy graves y aún mortales.

Me ha parecido pertinente hacer estas ligeras observaciones, antes de describiros los siguientes casos, que Ravaut en Francia, y Hoffman y Jaffe en Alemania, atribuyen a la anafilaxia.

1.º **Caso de Ravaut.** Enfermo que recibe sin inconveniente dos inyecciones intramusculares de 70 centi. y una intra-venosa de 45. Después de otra cuarta intra-venosa de 45, aparecieron súbitamente fenómenos graves caracterizados por astenia intensa, congestión del rostro y de la conjuntiva, calambres, disnea, sensación penosa de angustia, desmayo cardiaco, aceleración del pulso, eritema. Fenómenos que desaparecieron rápidamente.

2.º Tres enfermos de Hoffmann y Jaffe, que habían recibido una inyección anterior, se quejan de accidentes parecidos, más convulsiones clónicas de los miembros y a veces del diafragma, el rostro violáceo, albúmina y urobilina en las orinas, etc.

3.º **Caso de Fischer.** Médico de 40 años, robusto, que presenta un chancro con roseola. Primera inyección de 40 cent. bien soportada; 40 días después, segunda inyección de 40. Dos días después comienza a quejarse de insomnios, de calambres, trastornos intelectuales, tiesura de la nuca y de la espalda. Pérdida del conocimiento, coma y el enfermo muere cuatro días después de la inyección.

4.º **Caso de Hallopeau.** Hombre de 35 años, sifilítico desde hacie diez años. Recibe la primera inyección de 30 centi., bien soportada; el sexto día otra de 40. Algunos minutos después sequedad de la garganta con congestión de la cara. El tercer día convulsiones, desviación de los ojos hácia arriba y a la izquierda. T. 40. Coma por la noche, y muerte en medio de una crisis como las anteriores.

Como ejemplo de intolerancia a la medicación arsenical, pueden citarse los ejemplos siguientes:

1.º Mozo de 34 años, muy musculoso y muy robusto, sin tara ni lesión orgánica, orinas normales. Presenta dos chancros sifilíticos, pléyade ganglionar, treponema. Primera inyección de 60 centi. el 13 de Octubre. Sin ningún accidente, el enfermo se siente bien. Come dos tabletas de chocolate. Dos horas después, a las cinco de la tarde, se queja de malestar y empieza a gemir. El enfermo, muy congestionado, **relait** (1) y murió. La autopsia demuestra que todos los órganos están congestionados sin lesión especial y sin revelar nada. (**Queyrat**, Bulletin de la Société Francaise de Dermatologie et de Syphilographie, No. 1, Janvier).

2.º Hombre de 34 años, dos ulceraciones crutosas al lado del mentón, adenopatia submaxilar, placas mucosas amigdalianas derecha en las que se encuentran espiroquetas. Nada anormal en su constitución. Corazón sano. No hay albúmina. No hay antecedentes neuropáticos familiares ni personales. Pulso a 66.

24 de Noviembre. Primera inyección intra venosa de 30 T. 39,2. Al día siguiente todo esto ha desaparecido, el estado del enfermo normal. 1.º de Diciembre. Nueva inyección a la misma dosis, 30 centi. Los dos días siguientes a la inyección se pasan sin novedad.

El día 3 de Diciembre por la mañana, el enfermo, en estado de semi estupor, gime. Una hora después, nótanle agravación, temblor general, tiesura de los miembros, Reflejos normales. Sin albúmina. T. 37º,6, por la tarde pérdida de conocimiento. En los días siguientes contracturas, carfolologia, micciones involuntarias, crisis epileptiformes, y muere en el coma el 5 de Diciembre.

El exámen del líqnido céfalo raquídeo revela, entre otros particulares, la presencia de arsénico en cierta cantidad, más considerable aún en la vena y en las orinas. (**Balzer,** Boletin de la Sociedad de dermatologia y sifilografía, Enero, 1912).

* * *

Los accidentes tardíos producidos por el "606" son relativamente benignos y sobrevienen después de una verdadera incubación de muchas semanas y aún de muchos meses." (Ravaut); pueden sobrevenir aislados o separados, presentarse al fin del tratamiento o al inicio, y a veces los enfermos en que se manifiestan, han presentado antes de las inyecciones signos de intolerancia nerviosa que constituyen el **neuro tropismo** de Sicard,

---

(1) De "râle", estentor agónico.

a saber, cefalea, vómitos, fiebre ligera. En fin, si se practica la punción lumbar, se evidencian gruesas modificaciones del líquido céfalo raquídeo.

Estos accidentes son bastante numerosos.

En ciertos enfermos se manifiesta por **accesos epileptiformes.** (Rille Heuser).

En otros, y son los más frecuentes, por **parálisis de los nervios craneanos** (Patético, facial, motor ocular externo, y sobre todo, motor ocular comun. (Welchelmann, Spiecoff, Rille, Stern).

Parálisis del 2.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, pares (Tromer).

Parálisis del velo del paladar y cuerdas vocales (Heuser).

Trastornos oculares: atrofia óptica (Finger), neuro retinitis (Killes, Michaelis), parálisis bilateral de la acomodación (Macrocki).

Trastornos auditivos. Sordera laberíntica, vértigos, nistagmus (Beck, Rille, Finger), que han sido vistos con más o menos frecuencia en todas partes.

Fenómenos del sistema nervioso periférico: polineuritis, (Fischer y Zernik), de los miembros superiores o inferiores.

Parálisis del ciático poplítico externo. (Balzer, Buschke, Welschmann).

* * *

Para Ravaut, la causa más importante y que domina la causa de estos accidentes nerviosos, es el estado del terreno o de las meníngeas en el momento en que se practica la inyección. Según él son el resultado de un conflicto, de una combinación que se hace al nivel de las meningeas, entre el espiroqueta que las parasita y el arsénico. El ha desarrollado esta idea en 2 artículos que aparecieron en la **Presse Médicale,** núm. 77, Septiembre 1911, y en el núm. 18, 2 de Marzo 1912. El primero se intitula: **Etude biopsique de la méningo vascularite syphilitique,** y el otro, **Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques et la meningo vascularite syphilitique.**

Antes que nada, dice en substancia Ravaut, "Casi todo el mundo está de acuerdo en reconocer que la mayor parte de los procesos que atacan al sistema nervioso central en la sífilis, tienen por base esencial **(Substratum)** un conjunto de lesiones arteriales, venosas y meningíticas, son primitivas y crean las lesiones nerviosas propiamente dichas, las del eje cerebro espinal y las

de los nervios. Ravaut llama a este proceso, de una importancia capital, meningo vascularitis sifilítica.

Bien que su estudio anatómico patológico sea más interesante desde la investigación de los espiroquetas, no deja de ser muy delicado. En cambio, el estudio del líquido céfalo raquídeo puede permitirnos apreciar todas las fases y la intensidad de la evolución de esta meningo vascularitis. Esto es tanto más importante cuanto que la reacción de Wassermann es amenudo negativa cuando existen ya gruesas lesiones nerviosas en evolución.

Este proceso meningo vascular se encuentra en el origen de la mayor parte de las lesiones nerviosas sifilíticas, lo mismo en los primeros meses de la enfermedad que más tarde, en la sífilis adquirida como en la heredada, y se manifiesta por los síntomas ya estudiados.

Además, esta meningo vascularitis puede evolucionar insidiosa, lenta, durante meses y años sin revelarse clínicamente, y cuando el sistema nervioso se deja atacar, entonces solamente se manifiestan los síntomas clínicos. Es pués, de suma importancia el despistar estas lesiones, sobre todo en su período latente. Unicamente la punción lumbar puede darnos estos datos.

Ravaut señala hechos importantes en los enfermos con procesos meningíticos, crónicos. Widal, Sicard, Ravaut, Guillain y Parent, han señalado la albúmina en exceso en el líquido céfalo raquídeo. Ravaut ha visto que cuando el Wassermann es positivo el líquido céfalo raquídeo es muy rico en albúmina, y cuando es negativo, la albúmina del líquido se encuentra en corta cantidad.

Además, en los procesos meningíticos en actividad, se ven por medio del estudio de los elementos leucocitarios del líquido céfalo raquídeo, linfocitos, polinucleares, grandes mononucleares y sobre todo células de proto plasma voluminoso, células plasmazellen del autor. Estas células se ven en abundancia en los procesos meníngeos en actividad.

El médico puede documentarse rápidamente sobre la existencia y la intensidad de la reacción raquídea presentada por su enfermo, y constatar:

I.—Hipertensión, ligero aumento de albúmina, raros elementos nucleares; este tipo se ve al principio de la sífilis, más tarde también en los enfermos atacados de cefalea.

II.—Tipo de reacción celular: En el ataque meningo celu-

lar ligero sobre todo, linfocitos en mayor o menor número, a veces polinucleares, células de tipo plasmazellen, ligero aumento de albúmina.

En el ataque más severo, los elementos son a veces bastante numerosos para enturbiar el líquido: linfocitos, polinucleares, celulas de tipo plasmazellen, cantidad variable de albúmina. Este tipo se ve a veces en el período secundario. Es muy neto, sobre todo al principio del tabes y en la **parálisis general.**

* * *

Para comprender la significación de las modificaciones del líquido céfalo raquídeo y sacar provecho de ellas en el estudio de estos accidentes nerviosos, hay que agruparlos con relación al periódo de la sífilis en que se practique las inyecciones del "606".

En la primera serie de siete enfermos **inyectados en el período** del chancro antes de toda traza de roseola, habiendo recibido de 60 a 1 gr. 80 de "606", ninguno ha presentado síntomas clínicos de intolerancia nerviosa: el líquido céfaloraquídeo en el mes siguiente de la inyección era normal.

En la 2a. serie, enfermos inyectados en pleno período secundario, presentan, por el contrario, reacciones mucho más frecuentes. Cefalea, ruido de oídos, parálisis facial, neuritis óptica, son accidentes que no existían **antes** de las inyecciones de "606", y se presentan **después.** El líquido céfalo raquídeo se encuentra muy modificado; la tensión está aumentada, la reacción albuminosa mas fuerte que en el estado normal, reacción citológica neta del líquido céfalo raquídeo, reacción de Wassermann en 3 casos positiva, concidiendo siempre, como lo ha hecho notar M. Ravaut, con fuerte aumento de la cantidad de albúmina. En fin, punto más importante, M. Desmoulieres ha encontrado en el líquido céfalo raquídeo, en dos casos, once meses y tres meses después de la última inyección trazas netas de arsénico. Igual pasó en la obs. de M. Balzer, citada en la pag. 10 de este estudio, donde se vé la presencia del arsénico en el líquido céfalo raquídeo y en mayor cantidad en la vena y en la orina del enfermo.

Cuando el líquido céfalo raquídeo es normal antes de la inyección, en este período secundario de la sífilis, se modifica y aparecen sucesivamente la hipertensión y el aumento de

la albúmina: la reacción citológica no aparece sino uno o dos meses después.

Cuando el líquido presenta modificaciones antes de la inyección, sobreviene un aumento de todas las reaciones anteriores.

En general, tanto más fuerte es el brote meningítico que se produce en la sífilis secundaria bajo la acción del "606", cuanto más activa es la sífilis, que ésta no ha sido tratada con anticipación y que las manifestaciones cutáneas son persistentes.

Las reacciones meningíticas son más frecuentes en los sifilíticos tratados por el "606" que en los otros. En los enfermos tratados por el mercurio o que no han sido tratados, Ravaut nunca ha encontrado tan amenudo la cefalea, los vértigos, los ruidos de oídos; y la hipertensión raquídea y el aumento de la albúmina no han sido tan frecuentes.

En resúmen, en los sifilíticos en período primario, no se ven las reacciones nerviosas tardías: éstas son casi constantes en el período secundario y excepcionales en los viejos sifilíticos qu no presentan lesiones nerviosas anteriores.

* * *

De todo esto puede deducirse que los enfermos en que el sistema nervioso no está "parasitado", las inyecciones de "606" son bien soportadas; en aquellos en que el sistema nervioso vascular no está intacto, puede producirse una reacción muy viva.

El "606" obra sobre el sistema nervioso de la manera siguiente: entre el espiroqueta y el arsénico se efectúa una reacción local, progresiva y los accidentes nerviosos clínicos no aparecen sino después de una verdadera incubación de muchas semanas. (Ravaut).

Ravaut niega que en estos casos se trate de reacción de Herxheimer, puesto que el fenómeno no se produce inmediatamente después de la inyección. No se trata de neuro recidiva, ni de meningo recidiva puesto que no hay más sino la exacerbación de una lesión existente. Tampoco de neuro tropismo porque el arsénico sólo no puede producir esas lesiones, necesitando para ser neurótropo un espiroqueta virulento al nivel del sistema nervioso, mediante el cual se vuelve nocivo.

* * *

Estos hechos demuestran que el tratamiento de la sífilis

por el "606" no es tan sencillo como generalmente se cree, ni que deba aplicarse en todos los casos ni en la misma dosis.

Prueba de ello es la diversidad de opiniones que reina sobre el particular.

Unos son partidarios de dosis fuertes, y M. Quryrat, por ejemplo, se manifestado pesaroso de no poder emplear siempre 60 cent., que considera la dosis verdaderamente terapéutica.

Laredde y Kuesmann concluyen: que con la dosis de 1 gr. 80 en 3 inyecciones de 60 cada una, han conseguido la esterilización de la sífilis en ciertos casos (Período del chancro). Estos mismos autores, con el objeto de evitar los casos mortales que ellos atribuyen a la reacción de Herzheimer, y puesto que pueden producirse aún a dosis de 30 cent., recomiendan comenzar el tratamiento por dosis de 20 cent. solamente, dosis que debe ser aumentada progresivamente. Así pues, la segunda inyección será de 40, 8 días después tercera inyección de 60 y 15 días más tarde, la cuarta, también de 60.

Como hace notar Lévy Bing, las fuertes dosis se aconsejaron al principio (60, 70, 80 cent.), luego, a consecuencia de accidentes, se preconizaron dosis menores. Con estas y con las precedentes pueden producirse accidentes.

De suerte que, dice M. Simon, o se emplean dosis altas que pueden causar accidentes graves inmediatos, o se emplean las débiles que exponen a recidivas.

Sin práctica personal suficiente para llegar a conclusiones firmes, pero por lo que pude ver durante mi última estadia en París en el hospital San Luis, y por los trabajos parecidos últimamente, he podido formarme una idea del tratamiento de la sífilis por el "606" que paso a exponer:

Período primario. Queyrat ha notado que con el uso del "606", el chancro cicatriza rápidamente: le ha parecido que el medicamento tiene una acción que él califica de **decisiva.** Sobre 78 enfermos que ha tratado en este período, 51 han llegado a un suero diagnóstico negativo, **sin tener ningún accidente secundario;** y este resultado satisfactorio **existe** en enfermos desde 15 días a 9 meses. **Ningún tratamiento en el mundo,** por intensivo que sea, puede dar semejante resultado. Queyrat aplica 3 inyecciones administradas progresivamente, y crecientes, de 30, 40 y 50 centis.

Ravaut preconiza el siguiente tratamiento: 4 dosis de 30

a 40 cents. de "606": entre cada una de ellas, 4 inyecciones de cianuro de mercurio. Dice que: "Nunca ha tenido un disgusto, los chancros se cicatrizan rápidamente, los ganglios desaparecen mucho más ligero, y el Wassermann es regularmente negativo en algunas semanas."

Soy de opinión de que el mercurio, asociado con pequeñas dosis de "606", es el tratamiento ideal, puesto que es extraordinariamente activo, y evita los accidentes que ha habido que deplorar.

Período secundario. Este es el período de las gruesas reacciones del líquido céfalo raquídeo, de los brotes meningíticos que aparecen bajo la influencia del Salvarsan y de las manifestaciones nerviosas más o menos graves, mortales amenudo. En los enfermos de este período el sistema nervioso está lesionadó, como lo demuestra el exámen del líquido céfalo raquídeo, cuyas reacciones preceden de mucho a las manifestaciones clínicas. Se debe ser múy parco en estos enfermos en la aplicación del "606", por temor de despertar lesiones latentes hasta entonces. "En estos enfermos, un tratamiento demasiado brutal determina exacerbaciones, la reactivación de lesiones que no piden sino permanecer latentes y curar generalmente por los medicamentos ordinarios" (Ravaut.)

No debe pues el médico empezar en el período secundario el tratamiento por el "606", sino hacerlo preceder por un tratamiento mercurial, y una vez borradas las manifestaciones, emplear el "606" en dosis pequeñas y espaciadas y practicando de tiempo en tiempo la punción lumbar.

"Si no fuese por sus inconvenientes y aún sus peligros, esta sería la conducta ideal, la única verdaderamente científica, puncionar sistemáticamente, cada 6 meses, los sifilíticos......." (Millian).

Período terciario. Las sifílides ulcerosas, tuberculosas, infiltradas, las gomas, curan muy rápidamente por el "606", en 20 o 30 días. Su acción en las gomas es extraordinaria como rapidez y eficacidad.

En **las parasífilis** debe proscribirse en absoluto el uso del "606". El mismo Ehrlich ha recomendado siempre no inyectar a los enfermos afectados de lesiones nerviosas avanzadas como el tabes y la parálisis general.

Apesar de las afirmaciones de los entusiastas del "606" yo creo que las afecciones nerviosas no deben ser tratadas por este

medicamento. Los más partidarios del método, se limitan a afirmaciones más o menos inciertas. "Ciertos accidentes del tabes parecen retroceder después de la inyección" (Eméry)..... "Pero al lado de estos casos dichosos, los malos resultados son frecuentes" (ID.) Es lo cierto que esos casos de mejoría de alguno que otro síntoma, no han sido seguidos y nadie afirma que se hayan mantenido. Sin olvidar que los tabéticos son enfermos de lo más sugestionable.

En las parálisis pasa igual y la mayor parte de las veces no hay éxitos que registrar. "Desgraciadamente, tanto en la sífilis cerebral como en la medular, los malos resultados son frecuentes" (Emery). Y se debe citar el caso de León Bernad, de una mujer que sufría de síntomas nerviosos sifilíticos, con líquido cefalo raquídeo hipertenso y linfocitosis. Una inyección de "606 agravó su estado, y entonces se puso en la planta el tratamiento hidrargírico (Benzoato de sosa en inyección). A la décima inyección el estado alivió y la enferma pudo considerarse como curada a los tres meses de tratamiento.

Constituyen también contraindicaciones los síntomas bulbares, las lesiones vasculares, las degeneraciones del síntoma nervioso-central. Alt dice: "en las parálisis de forma espásticas hay que contar con la producción posible de un ataque de parálisis".

En estos momentos asisto a un enfermo, que fué inyectado dos veces con el "606" por accidentes nerviosos sifilíticos. El enfermo después de tres meses de la última inyección, fué atacado de sífilis cerebro espinal, de la que ciertamente no curará. No me atrevo a decir que el "606" haya determinado esos accidentes teniendo en cuenta que ellos estallaron tres meses después de la última inyección; pero se puede asegurar por lo menos que el Salvarsan en este caso fué inútil, sinó nocivo, y que el mercurio a dosis conveniente tal vez hubiese curado la lesión.

El porvenir decidirá de estas cuestiones angustiosas; pero un hecho se desprende de todo esto, que hay que manejar el "606" con prudencia. Y sobre todo que no hay que abandonar el mercurio, el viejo mercurio que tan buenos y leales servicios ha hecho a médicos y a enfermos.

Dr. Tomás Vazquez.

HEPATITIS AGUDA SUPURADA

(CASO CLÍNICO.)

Mr. F. L., 19 años de edad, estudiante de profesión, aunque actualmente se dedica a la agricultura.

Antecedentes morbosos de familia: padre murió de resultas de un divertículo del esófago, el que tuvo durante muchos años; la abuela murió de tuberculosis del pulmón, y una tía murió también de la misma enfermedad.

Antecedentes personales: durante la niñez el paciente tuvo difteria, pulmonía y escarlatina. A los cartorce año tuvo una fiebre que le duró cuatro semanas y que fué diagnosticada de tifo-malaria. Ha padecido desde muy niño de estreñimiento habitual, y por los últimos tres o cuatro años viene notando que pasa arenillas en sus deposiciones amenudo.

Hace cuatro meses nuestro paciente fué súbitamente acometido de un dolor de vientre, que le duró algunas horas y que necesitó calmantes para aliviarlo; fué atribuído a la acumulación de gases por hacer tres días que no movía el intestino. Continuó bien hasta que el día 26 de diciembre 1911, notó un dolor en todo el cuerpo, que fué pronto seguido de un escalofrío y fiebre alta. Al otro día observó que persistían los síntomas citados, y que tenía algunos accesos de vómitos, y un fuerte dolor en el brazo derecho que se extendía hasta el hombro, acompañado todo de un tinte ictérico generalizado, y un extreñimiento pertináz.

Fué visto por un compañero, quien trató el caso, e insistió en la necesidad de un exámen de sangre, que arrojó el resultado siguiente: Reacción de Widal negativa, malaria positiva. Se le sometió a un tratamiento por medio de dósis altas de quinina en inyecciones hipodérmicas, que modificaron las temperaturas y por tres días hicieron creer que se trataba simplemente de una infección palúdica; mas persistieron los vómitos, así como la acentuación del tinte ictérico sobre toda la piel y especialmente en las conjuntivas, el estreñimiento, y aunque modificadas, persistían las elevaciones de temperatura. El dolor del brazo desapareció enteramente. Un nuevo exámen de sangre nos dió la siguiente información: Dic. 29 de 1911: reacción de Widal negativa, malaria negativa. Repetido el exámen el día siguiente arrojó idénticos resultados, autorizándonos para eliminar el paludismo, y considerar su presencia como una infección concomitante. Sin embargo un exámen diferencial de sangre vino a llamar fuertemente la

atención de los médicos entonces a cargo del caso, encontrando que aquel arrojaba un promedio de leucocitos polinucleares de 82%, y un 1% de eosinofilos.

Coincidió este cuadro de sangre con la aparición de un dolor localizado en el hipocondrio derecho en el espacio intercostal noveno línea mamaria derecha, cerca de la región de la vesícula biliar, y un aumento de volumen del hígado ya notado antes. Este dolor se acentuaba marcadamente a la presión y durante ella se sentía en la espalda, en un punto limitado también. Se pensó en la posibilidad de una a hepatitis aguda y al efecto se instituyó el tratamiento en esa dirección. Contribuyó seguramente a pensar en este diagnóstico el hecho de que nuestro paciente era indudablemente un caso de enfermedad crónica del aparato biliar si recordamos que ha sido un estreñido habitual, que ha tenido cólicos que parecen muy bien hepáticos, que ha pasado grandes cantidades de arenilla, que ha tenido frecuentemente un tinte subietérico que se le notaba por algunos de los miembros de su familia, y que actualmente se encuentra su piel enteramente teñida de pigmentos biliares, manifiestos intensísimamente en las conjuntivas, acompañado todo de fiebre, vómitos, escalofríos, y el dolor a que hice referencia. Entiendo que en tal situación estamos autorizados a culpar a la colecistitis crónica presente como causa u origen de la infección. El tratamiento fué sostenido durante siete días y el paciente tuvo momentos en que se creyó realmente en la mejoría; aunque las elevaciones de temperatura no eran tan marcadas sin embargo persistían, así como el icterus, y se iniciaban pequeñas sudoraciones de que el paciente se daba ya perfecta cuenta. Examinada la sangre encontramos: enero 8, 1912. Leucs. 30,400:89% polinucleares, no eosinofilos. Se trasladó al hospital en donde le ví en unión de los doctores Goenaga y Carreras, quienes pudimos comprobar por los síntomas de dolor sobre el hipocondrio derecho y sobre la espalda región infra-escapular, aumento considerable del hígado hacia arriba especialmente, ictericia marcada, vómitos, escalofríos y sudores, que el diagnóstico de los médicos que le asistían estaba completamente justificado, creyendo nosotros con ellos que se trataba de una hepatitis aguda supurada. Desde luego que el examen de sangre repetido durante los dos días subsiguientes y que arrojaba idénticos resultados que el practicado el 8 de enero, nos afianzó, podemos decir en tal creencia, considerando la ausencia total de eosinófilos y el aumento considerable del promedio de polinucleares, o sea el factor séptico de Simón, unido todo a una leucocitosis ab-

soluta de cifras 29.000 y 43.000, como una demostración de la presencia ya de un foco supurado, de un abseso del higado.
higado

La aparición el segundo día de estar en el hospital de una punzada en el costado derecho que se hacía más manifiesta al respirar nos obligó a la intervención sin dilación, haciendonos pensar en la posibilidad de una propagación a la pleura del proceso supurado enquistado. Esta se llevó a cabo el día diez de enero por la mañana, pasando primero una aguja conectada con elaspirador de Dieulafoy e insertándola en el espacio intercostal noveno por delante de la línea axilar, dirigiéndola según indicación del doctor Goenaga hacia adelante y adentro cayendo a los ochos centímetros de distancia de la piel en el foco, como nos lo demostró la presencia de un cantidad de un líquido oscuro sanguinolento, primero y seropurulento después, del que salieron cien gramos poco más o menos.

Una incisión sobre la novena costilla y a lo largo de ella, y de diez centímetres de longitud, resección de la novena y décima costilla, incisión del periosteo y desplazamiento de la pleura hacia arriba; expuesto el higado por la cara supero externa lobulo derecho habían algunas aderencias blandas que fueron debidamente respetadas y aislando perfecta y cuidadosamente la cavidad del peritoneo en lo que no defendían las aderencias, fué hecha una pequeña incisión en el hígado y en el sitio endonde entraba la aguja aun allí; penetrando en la misma dirección de ella una pinza perforadora que llegó hasta la cavidad del absceso, y que fué retirada abierta para a sí proporcionar un amplio camino al subsiguiente drenage. El taponamiento detuvo la feroz hemorragia provocada por la destrución del tegido hepático y nuestro paciente fué trasladado a su cama. Pasados los peligros inmediatos a la intervención nuestro enfermo siguió bien por cinco días durante los cuales las temperaturas descendieron; pero al cabo de ellos empezamos a notar accesos por la tarde y el día diez y ocho, o sean ocho días después de operado, tuvo un escalofrío elevándose la temperatura a 39o. C., habiendo tenido una hemorragia por la herida que puso muy en peligro su vida, encontrando al retirar los vendages que aquella había ya cesado y que con la sangre había una gran cantidad de pus. Se pensó en la ulceración del muñón de la arteria intercostal, y la procedencia así de la hemorragia; mas el hecho de que se trató de descarga repentina puede decirse de sangre, así como la asociación a ella del pus, nos convenció de que se trataba de un nuevo acceso que se abrió paso por el antiguo trayecto hasta la superficie, como

vino a demostrarlo el hecho del descenso de temperatura en los días subsiguientes. Estimulación e infusiones salinas, levantaron a nuestro paciente, y el taponamiento ajustado del trayecto intrahepatico para garantizar el coágulo de algún vaso que se rompió evidentemente al desgarrar la pared entre el abceso enquistado y nuestro tunel, al primitivo foco, fué nuestra línea de conducta respetando un coágulo que guardaba la esquina de la incisión en la piel y que se creyó podía estar taponando la arteria intercostal. Un punto sumamente interesante fué el suministrado por el exámen hematológico el mismo día de la hemorragia, 16,00 Leucocitos, 58% de polinucleares 0,8% de eosinofilos. Esto es, una disminución marcadísima del promedio de poli nucleares, una leucocitosis absoluta ligera y una disminución del promedio de eosinófilos. Este cuadro de sangre se sostuvo así durante tres días y la temperatura descendió. Pero el día 22 o sea el cuarto día después de la hemorragia, el cuadro hematológico arroja nuevamente el factor séptico esto es un aumento en el promedio de polinucleares con una ausencia completa de eosinófilos, y además una leucocitos absoluta de 22,600. La temperatura ofrece pocas y pequeñas elevaciones durante los próximos once días y las cosas parecen indicar que una curación era segura y no distante; quedándonos solamente el exámen de sangre que repetido a intervalos como veréis en la hoja clínica persiste en las cifras mencionadas, esto es, un factor septico marcado, y una resistencia significa por una leucocitosis absoluta variable. El día cuatro de febrero después de dos días de elevaciones vespertinas de temperatura a 39 y de un escalofrío, decidimos buscar el foco y fuímos primero por la misma brecha con una pinza de histerectomia penetrando en su pared en diversos sitios hasta caer muy pronto en un abceso vecino a ella que dió salida a una cantidad como de 100 Gm. de pus amarillo fétidoy espeso. Quedó pues esplicada la persistencia de nuestro factor séptico, así como de nuestra elevación en la cifra de total de leucocitos. Muy pronto varió el resultado en los exámenes de sangre y como podéis observer en la hoja clínica las cifras fueron acercándose a la normalidad hasta que en el último exámen practicado el ocho de febrero o sean cuatro días después de operado el último abceso, tenemos 10,000 leucocitos en totalidad 70% de polinucleares, y 3% de eosinofilos. Del día cuatro de febrero en adelante descendió la temperatura para no ascender más y a los pocos días estaba nuestro paciente en convalescencia sosteniendo el drenage por un mes al cabo del cual fué dado de alta enteramente curado.

Este caso, en el que yo me he tomado tal vez un excesivo tiempo para relatar, es a mi entender uno de sumo interés, por varias circunstancia, e indudablemente que nos ha ilustrado algunos puntos sumamente prácticos para el diagnóstico de este difícil, y por suerte raro grupo de casos en nuestro país.

Primero: Las grandes dudas y dificultades que ofrece al principio el diagnóstico de los abscesos profundos del higado, confundido regularmente con el paludismo, con la fiebre tifoidea, con los procesosinflamatoriosno supurados de la glándula, con los quistes hidatidos, etc. incluyendo una labor de exámenes de sangre y observación considerables para dominar enteramente el diagnóstico diferencial.

Segundo: la importancia capitalísima de los cambios en la sangre como medio de diagnóstico y de pronóstico del caso sí como en las indicaciones terapéuticas. Por la hoja clínica que he tenido el gusto de pasar a la asamblea podéis ver como apesar de desaparecer los síntomas subjetivos y objetivos la sangre persistió dándonos el factor séptico, y demostrándonos que aún teníamos más pus que drenar; y cuando se drena el tercer abceso se establece la normalidad en ella marcándonos de una manera positiva el curso de nuestro caso.

Y tercero y último la urgencia de una intervención lo más pronto posible una vez formado el abceso para de esta manera poder garantizar una cantidad de tegido hepático restante, enteramente compatible con las necesidades fisiológicas del organismo.

Dr. López Antongiorgi.

Del exámen bacteriológico practicado en una gasa humedecida con pus de un abceso del higado del paciente F. López, resultó ser un cultivo puro de estafilococo.

R. del Valle Sárraga.

Terapéutica Activa.

En la Asamblea médica celebrada en Mayagüez, siendo Presidente de la Asociación el Dr. Sthal, presenté un trabajo, que se publicó en el **Boletín** de la Sociedad, estudiando un caso de Enfermedad de Parkinson, tenido en mi prácticaá caso típico y curioso, que presenté a la Asamblea, como un **bonito ejemplar,** pidiendo a los médicos, viejos y jóvenes, concurrentes a la sesión, que aportaran algún recurso terapéutico y que dieran su

opinión acerca de la responsabilidad jurídica, del estado mental de la infeliz anciana, objeto de mi estudio.

El Presidente de la Asociación citó dos casos de **parálisis agitante**, conocidos por él, sin que creyera poder recomendar ningún tratamiento eficaz o útil para los parkinsonianos.

Ningún compañero contestó a mi consulta acerca del estado mental ni de la responsabilidad jurídica del caso expuesto, a juzgar por los datos de mi historia clínica, quedando sólo en pié mi afirmación o mi creencia de que, en mi parkinsoniana, no había completa integridad mental y, por consiguiente, existía en clla la irresponsabilidad ante los tribunales de justicia.

A pesar de haber transcurrido algún tiempo desde que presenté aquel caso a la Asamblea Médica de Mayagüez, hoy vuelvo a acordarme de mi pobre enferma, que ya murió, al leer en "Le Monde Medical", un magnífico estudio del Profesor Robin, con el sugestivo título de: "Tratamiento de la parálisis agitante."

A mí, que en mi larga práctica de veinte y cuatro años, sólo he tenido ese caso de enfermedad de Parkinson, el cual no pude curar, ni tampoco aliviar, ha tenido que impresionarme el trabajo del ilustre miembro de la Academia de Medicina de París.

Yo que creía, hasta ahora, que a los parkinsonianos había que dejarlos morirse temblando, como si tuvieran terror al fantasma de la Muerte, sin esperanza de curación ni medios de aliviarlos, casi siento remordimiento de conciencia de haberme dejado sugestionar por la autoridad del Dr. Sthal, y no haber intentado algún tratamiento en favor de la pobre anciana, objeto de mi historia clínica.

Bien es verdad que mis autores de consulta también tuvieron la culpa de mi pasividad; pues ningún aliento daban para el tratamiento de la dolorosa enfermedad, por el médico inglés también descrita.

No así Robín. En su estudio, que recomiendo a la juventud triunfante y batalladora de nuestras Asambleas, casí despliega un lujo terapéutico, como General entendido y bien apertrechado para la batalla decisiva.

El **arrhenal**, sellos compuestos de sales de cal y magnesia, poción e inyecciones hipodérmicas de bomhitrato de escopolamina, píldoras de polvos de haba de Calabar, tartrato neutro potasa disuelto en agua de seltz, píldoras de cloruro de oro y

sodio y de óxido de zinc, baños con silicato de sosa en disolución, pulverizaciones de éter en la columna vertebral, puntos de cauterio en cada lado de la espina dorsal, ensayo de reeducación motriz, ocupación, distracciones, tratamiento hidroterápico, cura hidromineral, inyecciones hipodérmicas de glicero-fosfato de sosa, poción bromurada y etérea.....

He aquí el brillante arsenal terapéutico, que propone el Profesor Robin, para curar o aliviar a las infelices víctimas de la parálisis agitante o enfermedad de Parkinson.

"Se dice, termina Robin, que estas instrucciones son demasiado complicadas para el mínimo resultado que encontrará el paciente."

"Pero, añade, ¿acaso es un resultado indiferente ensayar el retardo, ya que no la detención de la marcha progresiva de una afección considerada hasta hoy, como incurable, y atenuar síntomas que hacen la existencia dolorosa e inculcar alguna esperanza en el corazón de aquellos que la habían perdido por completo?

La terapéutica activa recomendada por el ilustre miemmiembro de la Academia de París, en el tratamiento de los parkinsonianos, debe servirnos de ejemplo, en nuestra práctica, cuando tengamos que tratar enfermos incurables o supuestos incurables, si queremos tener éxito y reposar tranquilos en la satisfacción de haber cumplido nuestro deber.

Esa debe ser nuestra conducta en todos los casos. Siempre que siguiendo el gran consejo del maestro Dujardin-Beaumetz, respetemos el estómago de nuestros enfermos, en la medicación por la vía gástrica, estamos obligados a usar todo el material perfeccionado de la moderna terapéutica, que se aumenta de día en día, en los tuberculosos, cardíacos, aneurismáticos, arterio esclerosos, mielíticos, histéricos y morbómanos, aunque los encontremos en borde del sepulcro y por pocas que sean nuestras esperanzas en su alivio o curación.

Si hubiérais visto las fotografías de mi enferma, que presenté a la Asamblea de Mayagüez, contemplando el rostro triste, con máscara de resignación, de la desventurada anciana que ya no existe, os animaríais, en casos parecidos, a ensayar la hermosa terapéutica del Profesor Robin, cuyos detalles encontraréis en "Le Monde Medical" del 5 de Junio de 1911.

Y no creáis que es de poca importancia ocuparse en dolencias que son raras en la práctica; pues el médico que des-

cuida el estudio de los procesos morbosos infrecuentes en su clínica, está sujeto a errores y puede desperdiciar la ocasión de conocer los casos que encuentre en su camino.

Jóvenes, que me escucháis, y sabéis luchar con fé y con las armas del santo optimismo que aprendísteis en las aulas. No hagáis lo que nosotros, los médicos viejos, desengañados por los fracasos y sin fé en la terapéutica. No os crucéis de brazos delante de los enfermos supuestos incurables. La victoria es de los que combaten, no de los que huyen ni de los que permanecen inactivos.

Sed piadosos y abnegados, aunque la necesidad os obligue a llevar sobre vuestros hombros la pesada cruz de una titular unionista o republicana. Recetar siempre, ensayad constantemente, curad cuantas veces podáis, aliviad mientras tengáis o imaginéis medios terapéuticos, consolad a todas horas, acompañad vuestros pacientes hasta el límite de las misteriosas regiones del no ser, con la sonrisa dulce en los labios y la reanimadora esperanza en vuestros ojos llenos de luz; que allá a la parte de allá de la línea de sombras, entre fulgores de aurora, está Dios, el buen Dios, derramando sobre vosotros amorosas bendiciones.

Manuel Guzmán Rodríguez.

Directorio Médico de Puerto Rico.

San Juan.

1-R. Vélez López,
2-Francisco Hernandez,
3-G. Carreras,
4-C. Coll y Toste,
5-R. Ruiz Arnau,
6-Rafael Valle Rodriguez,
7-F. Matanzo,
8-J. Lugo Viña,
9-Gustavo Muñoz Díaz,
10-Francisco H. Rivero,
11-Fernando González,
12-M. Quevedo Baez,
13-Francisco R. de Goenaga,
14-P. Gutierrez Igaravidez
15-José M. Cueto,
16-José N. Carbonell,
17-E. Font y Guillot,
18-E. García Cabrera,
19-Jorge del Toro,
20-Guillermo Curbelo,
21-José Gómez Brioso,
22-José C. Barbosa,
23-Francisco del Valle,
24-Pedro del Valle,
25-Narciso Dobal,
26-E. Verges Casals,
27-Salvador Ross,
28-I. González Martínez,
29-José S. Belaval,

30-A. Molina St. Remy,
31-Ana Janer Palacios,
32-M. A. Frias,
33-Salvador Giuliani,
34-Walter A. Glines,
35-Jesús Monagas,
36-José Carballeira,
37-Jacinto Avilés,
38-José E. Saldaña,
39-Rafael López Sicardó,
40-J. A. López Antongiorgi,
41-Jacobo Caldelas,
42-S. B. Grubbs,
43-Ramón A. de Torres,
44-L. L. Biamon,
45-A. Santana Nater,
46-A. Vallecillo,
47-W. R. Watson,
48-A. Martínez Alvarez,
49-Fernando de Juan,
50-María A. Seixas,
51-A. Lacasa,
52-Jacinto Zaratt,
53-Carlos Vogel,
54-Tomás Vázquez,
55-José A. Vázquez,
56-José Chacar,
57-W. F. Lippitt,
58-U. R. Welm.
59-John S. Browne,
60-B. K. Ashford,
61-E. Raimond Hilderth,
62-Peters Linsay,
63-Ed. Huntington.
64-Arturo Carbonell.

Arecibo.

1-M. Figueroa,
2-A. Ruiz Soler,
3-M. Roses Artau,
4-F. Susoni,
5.-Fernando Alemán,
6-Martínez Roselló,
7-A. Gaztambide,

Aguas Buenas.

1-Alfredo Márquez,

Aguadilla.

1-A. Torregrosa,
2-B. Jiménez Serra,
3-Pablo Zamora,
4-Ricardo Blazquez,
5-J. Igartúa,

Arroyo.

1-M. Rovellat Canals,

Añasco.

1-A. Blanes,
2-M. Dueño,

Aguada.

1-T. Ramirez Cuerda.

Aibonito.

1-Espiridión Canino,

Adjunta.

1-Celso Caballero.

Barceloneta.

1-R. Vergne Santos.

Barranquitas.

1-Eusebio Coronas.

Barros.

1-Gregorio Santo Domingo,
2-Emilio Alfaro Díaz.

Bayamón.

1-M. Fernández Nater,
2-Agustín Sthal,
3-M. Fosas,
4-A. Lasaleta,
5-J. M. Amadeo,
6-L. Figueroa,
7-J. Guzaman Soto.

Cabo Rojo.

1 Félix M. Vilella,
2 E. López,

Camuy.

1-Felipe A. García,

Caguas.

1-M. Jiménez Cruz,
2 P. Jiménez Sicardó,
3-Victor Coll Cuchí,
4-Mora Vahamonde,

Fajardo.

1-Santiago Veve,
2-Miguel S. Veve,
3-J. M. Saldaña,
4-Juan Veve,
5-F. Vizcarrondo,
6-José A. Díaz,

Dorado.

1-A. Livingston.

Guayanilla.

1-M. Zavala Rodriguez.

Guánica.

1-H. B. Knapp.

Guayama.

1-Alejandro Buitrago,
2-José María Muñoz,
3-Juan Trujillo,
4-Galo Bremont.

Humacao.

1-Pedro J. Palou,
2-Isidro A. Vidal,
3-P. Font Mortello,
4-E. García Lascot,
5-Clemente Mercado.
6-James A. Brice.

Caguas.

1-Felipe B. Cordero,
2-Simón Moret,
3-P. Ramos Casellas.

Carolina.

1-J. Aubray,
2-Clemente Fernández,

Cayey.

1-V. Gutiérrez Ortíz,
2-A. Villeneuve,
3-J. Martí,
4-Tomás M. Foley.

Ciales.

1-F. Martínez,
2-M. Herrero.

Coamo.

1-Leonardo Igaravidez,
2-J. Santiago Torres.

Comerío.

1-A. Umpierre,
2-Martín de la Rosa.

Corozal.

1-A. Bou de la Torre.

Hatillo.

1-Vicente Roure,

Isabela.

1-J. E. Luigi,
2-Jane E. Dunaway,
3-John Honell Harriss,

Jayuya.

1-Benj. Stephenson,
2-Willis Stephenson.

Juncos.

1-J. Barreras,
2-A. Paniagua.

Juana Díaz.

1-E. Vallecillo,
2-Angel M. García Ubarri.

Lares.

1-Francisco Sein.

Las Marías.

1-García Suarez.

Gurabo.

1-Juan G. Bajandas.

Loiza.

1-S. Vizcarrondo.

Lajas.

1-Hipólito Aparicio.

Manatí.

1-Elisa Rivera,
2-F. B. Colón,
3-M. Blazquez,
4-Octavio Jordán.

Mayagüez.

1-Black Smith,
2-Conrado Hernández,
3-Rafael U. Lange,
4-Pedro Perea Fajardo,
5-N. Jiménez Nussa,
6-J. Martínez Guasp,
7-D. Luis Vadi,
8-Andrés Orsini,
9-Manuel G. Rodriguez,
10-Luis F. Santos,
11-L. García de Quevedo.

Naguabo.

1-Roscoe H. Knoylton,
2-Casimiro G. del Valle.

Maricao.

1-Américo Oms,
2-J. Benet Valdés,

Morovis.

1-D. Córdova,
2-P. Rivera.

Maunabo.

1-J. Daussá Castro.

Patillas.

1-R. Vergne Castelo,
2-E. M. Bod,
3-Rafael Stella.

Peñuelas.

1-E. F. Otis.

Santa Isabel.

1-José González,
2-J. L. Montalvo.

Ponce.

1-E, Vidal Ríos,
2-M. de la Pila Iglesias,
3-A. Giol Texidor,
4-R. López Nussa,
5-A. Pietri,
6-G. Villaronga,
7-P. Hernández,
8-Florencio Suarez,
9-Julio Ferrer,
10-Guillermo Vives,
11-Vicente Santoni,
12-A. Ferrán,
13-P. Malaret,
14-L. Aguerrevere,
15-M. Garratón Muñoz,
16-P. Salicrup,
17-Guillermo Salazar
18-A. Santaella Costa,
19-Pérez Marchan, Srta.,
20-J. R. Audinot.

Quebradillas.

1-Reguero Feliú.

Río Grande.

1-Luis C. Boneta,
2-Lamela Alvarez,

Río Piedras.

1-V. Flores Arrieta,
2-José Marcano,
3-L. P. Orcasitas.

Salinas

1-F. Izquierdo.

2-A. Godwin Merhoff.

San Germán.

1-L. Rodriguez Ferrez,
2-E. Quiñones Cardona,
3-Rafael Vera,,
4-F. García de la Torre.

Sabana Grande.

1-Félix Tió.

San Sebastián.

1-M. Rodriguez Cancio,
2-J. A. Franco.

Toa Alta.

1-Luis D. Otero.

Toa Baja.

1-P. Bonelli,
2-V. M. Llovet.

Utuado.

1-Adrián Cueto,
2-Mariano Caballero,
3-Agustín Díez.

Trujillo Alto.

1-Francisco Aguirre,

Vega Alta.

1-J. M. Santiago.

Vega Baja.

1-José H. Amadeo.
2-José S. Morales.

Vieques.

1-Guillermo Carreras.
2-J. F. Costas Díaz,
3-J. S. M. Pressly,
4-Pablo Pereira Leal.

Yabucoa.

1-Josefina Villafañe,
2-E. Berrios,
3-Diego Román Díaz.

Yauco.

1-A. Mayoral,
2-Rafael Gatell,
3-Ramón L. Rodriguez,
4-Marcos Manzano,
5-Palmira Gatell,
6-Manuel García.
7-Chas. Gill Ponce de León.

FE DE ERRATAS

Pág. 10.—Linea última—dice: urinaria, debe decir urinario.

Pág. 11.—Linea 7—dice: colgazo, debe decir colgajo.

Pág. 12.—Linea 1—dice: Herida penetrante por arma de fuego de la cabeza, debe decir, herida penetrante de la cabeza por arma de fuego.

Pág. 12.—Linea 21—dice: habiera, debe decir hubiera.

Pág. 13.—Linea 30—dice: enterolisis, debe decir enteroclisis.

Pág. 15.—Linea 13—dice: dislocación, debe decir decoloración.

Pág. 15.—Linea 24—dice: hacia, debe decir hasta.

Pág. 15.—Linea 26—omítase el parentesis.

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.
ORGANO OFICIAL

IX | AGOSTO DE 1912 | Número 83.

EDITORIAL

La vida de este periódico profesional hubo de interrumpirse durante algunas semanas á causa de razones que justifican la interrupción y que no son de examinar en este momento; más es un deber hacer la manifestación de que la junta directiva de la sociedad ha conseguido normalizar esa manifestación de la vida, organizando un Comité que se ocupará de la publicación regular del Boletín, dándole el carácter informativo que corresponde á la publicación.

Durante ese interregno el hecho más notable acaecido en el país, en lo que hace á la vida profesional, ha sido la aparición de la enfermedad epidémica que tantos estragos ha hecho donde quiera que fué. A la hora presente no ha sido posible fijar de modo definido cual fué la vía por la cual entró en la ciudad de San Juan el gérmen de la enfermedad. Dícese, no sabemos con que fundamento, que durante los últimos días del mes de Abril del año en curso y todos los del mes de Mayo siguiente, se notó en algunos almacenes de víveres de la Marina y en alguno de los muelles cubiertos, contínua aparición diaria de ratas muertas. Este hecho, si bien llamó la atención de los ocupantes de las fincas, no lo fué hasta el extremo de dar cuenta de ello á las autoridades sanitarias; que de otro modo, aunque no hubiera sido por otra experiencia que por la ganada en el año 1910 ante el temor de una posible y probable invasión cuando apareció la peste en la república venezolana, es indudable que las autoridades sanitarias, previsoras, hubieran adoptado desde luego todas las medidas conducentes á impedir el contagio por la convivencia con los roedores enfermos.

Para hacer comprender mejor esta nota, preciso es recordar que en el año indicado de 1910 y á virtud de la alarma extendida en toda la isla por la aparición de la peste en la ciudad de la Guayra, todas las ciudades puertos de mar, se aprestaron á la defensa contra el terrible enemigo; y, San Juan, por sus relaciones directas

y periodicas con aquellos países imprimió mayor viveza y eficacia en el trabajo preparatorio para luchar con la enfermedad, disponiéndose por el Municipio de San Juan la caza ó destrucción de las ratas por todos los medios conocidos. En aquella labor se emplearon algunas cuadrillas de hombres, un buen número de jaulas cazadoras de ratas, colocación de sustancias venenosas en las alcantarillas de la ciudad, empleo del virus Dennis dando por resultado que durante un año, se cojieran diariamente de 80 á 100 ratas vivas que fueron clasificadas debidamente, sin contar el número de las muertas que fueron á morir lejos del lugar del envenenamiento.

Es lo cierto, que aún con lo defectivo del procedimiento, los vecinos de San Juan más molestos por la presencia del incómodo roedor, hubieron de manifestar que habían notado la desaparición de las ratas al punto de que dejaran de sufrir los perjuicios consiguientes al número extraordinario de ellas antes existente. Esto demuestra que todo el pueblo de San Juan estaba bien apercibido de que la peste bubónica era una enfermedad de las ratas y que se propagaba á la especie humana indirectamente; por lo cual es extraño que las personas que observaron la aparición de ratas muertas en sus fincas, sin que dichas muertes hubieran de justificarse por el empleo del veveno, no dieran conocimiente del hecho á las autoridades sanitarias conocida la importancia que tenía. En estas condiciones llegó el día 14 de Junio, cuando sin ningún antecedente sensible para las oficinas de sanidad, se participó la muerte de un vecino del barrio de "Pta. de Tierra" por el auxiliar del Laboratorio de Biología, Sr. Loubriel, á virtud de una conversación incidental habida con el Dr. Frias, distinguido médico venezolano que trabaja entre nosotros hace algún tiempo. Ausente en aquel entonces en los Estados Unidos el Jefe del Departamento Dr. Lippitt, hubo de actuar el Director Auxiliar, quién desarrolló la acción necesaria, asociado al oficial de Sanidad de San Juan, Dr. José S. Belaval, los médicos auxiliares de Sanidad, Dres. López Sicardó, Santana y el distinguido Doctor D. Francisco Hernández, encargado del Laboratorio de Biología por hallarse su Director en vacaciones, dándose comienzo en el acto del conocimiento de un caso sospechoso, á todos los trabajos necesarios para establecer valladar al progreso de la enfermedad.

No es necesario que en estas notas hayamos de consignar hechos ya muy conocidos y que constan en buen número de publicaciones del país. Nos limitaremos á consignar que durante los cinco días que precedieron á la declaración de la epidemia, la labor fué intensa y la mentalidad de los puertorriqueños que hubieron de hacer frente al compromiso sanitario se vió sometida á pruebas duras, que

no es cosa sencilla despertar á un país bien ajeno al peligro inminente de una calamidad pública, para decirle que debe aprestarse á luchar con ella, sobre todo cuando sus manifestaciones son tan rudas como las que hubo de apreciar la sanidad al encontrar de improviso buen número de casos infectados y haber de arbitrar recursos extraordinarios que poner en actividad, en plazo sumamente breve, para desviar el contagio. Solo cuatro días pasaron desde la presencia del primer caso sospechoso ocurrido en un fallecido de persona vista por el Dr. Frias 15 minutos antes de expirar y por las autoridades locales sanitarias poco más de 3 horas después de la denuncia. Sobre los Dres. Hernández y Belaval recayó la ingrata labor de hacer la investigación de la peste en el cadáver de Pedro Colón, la cual fué conducida de una manera escrupulosa y fué la que puso en pié de guerra al ejército sanitario.

En esos momentos de verdadera angustia no pudo pensarse en otra cosa que en la destrucción de las ratas y en poner á las gentes al abrigo de la picadura de la pulga, sin tiempo para entrar en el estudio del proceso de entrada de la epidemia en la ciudad de San Juan.

Buscando atrás en los enfermos de las enfermedades infecciosas que hubiera habido en el distrito de Pta. de Tierra, sin diagnóstico preciso, el Oficial de Sanidad de San Juan, Dr. Belaval con la ayuda de sus auxiliares, practicó una visita domiciliaria de investigación detenida, llegándose así al conocimiento de que no eran fundados los rumores de la existencia de casos de peste bubónica anteriores al día 14. Fuera del muy conocido de Jesus Caraballo, bracero de 20 años de edad que había muerto en el Hospital Municipal el miércoles anterior al día 14 de Junio con diagnóstico de endocarditis infecciosa, no hay otro; y, ese figura como primer caso de peste por la convivencia con su primo hermano Pedro Colón y circunstancia de que se apreció la existencia de un bubón inguinal y la naturaleza de la fiebre que destruyó la vida de ese hombre en tan corto número de días.

Es de notar que en esa investigación se trajo el recuerdo de que un individuo de 18 de edad, blanco, "C. G. C." que trabajaba en el muelle de una casa de comercio de San Juan traficante en provisiones, enfermó en la noche del 9 al 10 de Mayo anterior con fiebre muy alta y fue trasladado en la noche del día 11 á la indicada institución hospitalaria en estado de mucha gravedad, muriendo en la mañana del día siguiente. El caso llamó la atención de los médicos de asistencia por la violencia de los fenómenos observados y la ausencia de un dignóstico encuadrado en la clasificación las enfermedades comunes. Solo se supo por el exámen practicado de la

sangre que había muerto de una infección violenta septicémica. No obstante este caso ha sido en calma investigado de modo cuidadoso sin llegar á una conclusión definitiva por falta de elementos para ello, y apesar de una preparación que tiene en su poder el Sr. Valle Sárraga, existe una laguna entre el 12 de Mayo y el 14 de Junio, en la cual no hubo de observarse positivamente ningún caso de enfermedad sospechosa de infección violenta.

Todo ello viene á demostrar que las ratas de la ciudad hubieron de infectarse durante ese més de Abril y en ellas se desarrolló la enfermedad lentamente hasta que el número de dichos roedores infectados, fué bastante para trasmitir el contagio á las personas que pagaron con su vida el descubrimiento de la epidemia.

En los momentos actuales, después de un proceso de labor penosa y sostenida, la enfermedad se halla dominada y circunscrita á la ciudad de San Juan. Es un hecho notable que habiendo aparecido dos casos de peste bubónica en el vecino pueblo de Loiza y en el de la Carolina otro, no se haya propagado la enfermedad en dichas localidades no obstante que el exámen de las ratas traidas al Laboratorio de la peste dieron por resultado que se hallaron algunas infectadas. Así mismo apareció un caso de peste bubónica comprobado en el vecino pueblo del Dorado y felizmente para aquella localidad no hubo ningún otro. Esto demuestra que no echó raíz el mal y que fueron casos infectados fuera de la localidad, á pesar de que los antecedentes recogidos apartan de la idea de que así fuera por la obstinación en negar que los individuos infectados hubieran salido de sus pueblos para venir á esta ciudad de posible contaminación. El hecho de que dichas poblaciones de Carolina y Dorado se encuentran en la línea de un ferrocarril, podría inducir á la creencia de que algunas ratas infectadas hubieran llevado el contagio á semejantes lugares.

De todos modos y como quiera que sea es plausible el éxito de la acción sanitaria en tales casos, y por ello merece mención especial el Dr. W. F. Lippitt, y sus auxiliares. Hay necesidad de repetir, que, mientras otra cosa se pruebe en contrario, en ninguna ciudad del mundo se ha trabajado con mayor acierto y actividad para dominar una epidemia de peste como en Puerto Rico; y, que en ninguna otra ocasión se ha empleado menos tiempo en fijar la naturaleza de la enfermedad sospechosa y confirmarla por trabajos de laboratorio como ha sucedido en nuestro país. Recordamos aquí, que la Asociación por iniciativa de su Presidente el Dr. José E. Saldaña, convocó á una reunión general de médicos de la ciudad en los primeros dias de la enfermedad epidémica y adoptó resoluciones que pueden verse en otro lugar de este número, tomando así parte

activa en la batalla que tan felizmente se libra en contra del mal epidémico. Allí, aceptando la iniciativa del Dr. Don Manuel Quevedo Baez, se designó una comisión de médicos distinguidos que se ocupara desde bien temprano en compilar todos los datos necesarios para hacer la historia de la invasión de la peste bubónica en Puerto Rico, y es de esperar que así sea.

LA MORTALIDAD INFANTIL

Y SU RELACION CON LA ASCENDENCIA TUBERCULOSA.

POR EL DOCTOR M. QUEVEDO BAEZ

Sería muy interesante el que fuéramos conociendo el éxito, mayor ó menor que va obteniéndose en Puerto Rico, en la campaña emprendida contra la tuberculosis.

Nos parece que fuera un índice muy acertado el que nos revelara la mortalidad infantil, investigando la naturaleza de las causas que la determinan y su relación con la clase de enfermedad que padecieron sus ascendientes directos ó sean sus padres.

En paises que marchan á la cabeza en este orden de trabajos y de estudios, como Alemania y Francia, se presta gran atención á ese factor, porque él puede muy bien revelarnos no solo el *cuamtum* de mortalidad por tuberculosis en la infancia, sino darnos la prueba objetiva de como influye la tuberculosis á ese respecto y como el matrimonio de individuos afectos uno ú otro de tuberculosis, contribuye en gran manera, á sostener crecido el contingente de dicha enfermedad.

Este constituye un problema médico y social que habrá de merecer más ateniones del lado acá de este último aspecto, si los medios á poner en práctica, brindan toda la eficacia que el problema requiere.

Tiene éste de la tuberculosis infantil, dos sérios aspec-tos: uno es el que deriva de la alimentación, y otro es el que dice relación á la herencia.

El primer aspecto es el que plantean las instituciones organizadas para proveer de leche pura á los niños durante el período de la lactancia y dispensarles aquellos cuidados y atenciones, que su debilidad y muchas veces la pobreza de la madre, les niega, en el período más comprometido de su existencia.

Es un hecho verdaderamente lamentable, que no se haya hecho radicar en esta primera fase de la vida, el problema que ha

planteado, ante la faz de los pueblos más civilizados, la lucha contra la tuberculosis.

El combate se ha mantenido, creemos y afirmamos nosotros, equivocadamente, en otro plano distinto al en que debieran desenvolverse todas las energías y actividades.

No es eficaz la lucha, ni resuelve de un modo cierto y absoluto el problema, porque nos consagremos á curar á los ya averiados ó á evitar el contagio más ó menos directo, que éstos puedan originar pululando ó viviendo en comunidad con los sanos.

Suponiendo que fuera real el dique que se levantase entre buenos y enfermos, de modo que la fuerza de la profilaxia detuviera la marcha de la tuberculosis en el medio social; aún quedaría un gran vacío de proporciones mayores y de consecuencias más funestas, que sería el que representaría la infección tuberculosa de la infancia por causas de su alimentación en el seno materno, cuando no en la leche mercenaria ó la que la industria explota, inspirada en móviles de vil y repugnante negocio.

De nada vale que organicemos y sostengamos Sanatorios, donde asilar tuberculosos, individuos ya adultos, que á corto plazo de permanencia en ellos han de tornar á sus hogares, donde el proceso de la enfermedad continuará minándoles sus organismos y venciendo sus resistencias, á la vez que se convertirán en instrumentos ciegos, aunque inconscientes, de contagio á sus hijos ó familiares.

Y no vale, tampoco, desarrollar obra tan humanitaria, si dejamos en pie, el problema principal, de proporcionar á los niños leche pura, que los libre de las graves y pertinaces dolencias gastro-intestinales, que son, cuando no causa directa de muerte, material de abono para que prenda en sus débiles organismos el germen tuberculoso y se derrumben así, vidas y más vidas que restan á esas generaciones, un grueso volumen de población civil.

Bueno y humano, que se libre del contagio tuberculoso á los sanos. Pero el alcance del problema antituberculoso, reclama que las mayores actividades se pongan del lado y en favor de la infancia y sea, frente á ella, donde se libre decidida y formal la lucha antituberculosa.

Entendiéndolo así el espíritu de los médicos extranjeros que han puesto su devoción en favor de los niños, es que se crearon en Francia, en 1894 por Leon Dufour *las Gotas de Leche*, las *Consultas de niños de pecho*, por Budin, *La Maternidad* por Hergott, y las *Sociedades Protectoras de la Infancia* por Marjolin.

Todas estas filantrópicas instituciones persiguen por medios distintos, un mismo objeto : el de disminuir la mortalidad infantil.

Y ello no sólo se ha conseguido, revelado por la exposición de

brillantes estadísticas, sino que ha dado pie al desarrollo y progreso de los estudios sobre higiene alimenticia de la infancia, en los cuales encuentra su mayor arma de combate, la campaña contra la mortalidad de los niños.

*
* *

Cuando se habla de mortalidad infantil por tuberculosis, enseguida surge á la mente el interrogante, si ésta es trasmisible por herencia.

Aun no está ese problema suficientemente dilucidado, por más que incline el ánimo á darle carácter de certeza, la sobrada autoridad de los que han sostenido la negativa.

En el terreno de lo que es opinable, el fatal determinismo de la herencia, impone el peso de su severidad, demostrada tan elocuente en variadas y múltiples manifestacianes de la vida.

Problemas de orden distinto tiene resueltos la psicología, estableciendo y pregonando, como se heredan aptitudes, tendencias, disposiciones fnncionales, rasgos de carácter, etc.

Y que se heredan características morfológicas y tipos de constitución, es cosa que la observación también nos demuestra.

¿ Qué dicen, al respecto, de la herencia tuberculosa, algunos fenómenos anatonos-fisiológicos que se dan en el organismo de un feto tuberculoso ?

¿ Qué son las reacciones de defensa que se observan en ciertos aparatos hematopoyéticos y las lesiones celulares fraguadas en el hígado de ese mismo feto y descubiertas por la observación necrópsica ?

Sea éllo bastante á sostener como verdad absoluta y en el terreno científico, esta observación ú ofrezca éllo campo á la reserva ó á la duda, nos brinda motivo para pensar, que la ciencia ó la piedad social deben iniciar y desenvolver su obra de defensa contra la tuberculosis, en los dinteles mismos donde se inicia la vida de relación del niño con el mundo exterior : es decir, en el nacimiento.

*
* *

Ahora bien; remitiéndonos al tema que nos ha dado motivo para discurrir sobre estos aspectos del problema de la tuberculosis y principalmente, sobre la mortalidad infantil por herencia tuberculosa, parécenos que para hacer obra útil y poder partir de una base cierta y no de las conjeturas que sirven de base, casi siempre, á las estadísticas demográficas, sería necesario hacer estudio en un registro de familias que nos diera el total de niños á ellas pertenecientes, expresando cual de sus padres hubiere muerto de tuberculosis, la

edad á que hayan fallecido aquellos y el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la época de muerte de los padres.

El conocimiento que ésto nos proporcionara, de los niños muertos de tuberculosis en relación más ó menos directa con la herencia, sería una enseñanza muy provechosa para fijar mejor el campo de acción donde la lucha debe desplegar sus mayores energias y mostrarnos el fruto hasta ahora obtenido, con sus éxitos ó sus deficiencias.

Se pondría también de manifiesto como es mayor la influencia de la madre que la del padre en la obra del contagio y ésto estimularía nuestras iniciativas en la defensa de la madre, como factor social de gran importancia.

La depuración de estos hechos plantea un gran problema médico social que ha motivado interesantísimas discusiones entre los hombres de ciencia, es á saber: ¿hasta qué punto fuera conveniente para la selección social, poner un dique á la procreación de hijos de padres tuberculosos, bien evitando los matrimonios entre individuos afectos de esa enfermedad ó una vez consumados, provocar el aborto?

Problema es ése, que mereciendo toda la devoción de la ciencia, está en pugna con los principios de moral que informan el espíritu de nuestras sociedades.

***

Si fuera factible apreciar el contingente seguro de *mortalidad infantil por tuberculosis* ganaría nuestro problema antituberculoso y ello nos daría la señal de alerta en la obra de previsión que todo pueblo ó sociedad tiene el deber de desarrollar, frente á un problema tan interesante para nuestra vida social y para las complejas determinaciones, en que comprometemos nuestras actividades médicas.

UN CASO DE PROLAPSO VEXICAL POR EL CONDUCTO DE LA URETRA

POR EL DOCTOR J. DEL TORO

N. N. hembra, 10 años de edad, morena, dedicada á las labores domésticas. Constitución pobre.

ANTECEDENTES

Fué admitida en el Hospital con diagnóstico de prolapso del útero. Su salud habitual ha sido buena Trabaja en la casa fuertemente, cargando cuerpos pesados. Expone que la dolencia actual provenía de una caída; siendo varias, las que ha recibido. Manifiesta que hace algunos días «sentía una cosa que se le salía por sus partes; pero que cerrando las piernas y apretando, se le iba para dentro». Ultimamente sentía mucho dolor al emitir la orina y el cuerpo extraño le dolía cada vez más. Los datos subjetivos son, en general, poco determinados y confusos.

EXAMEN FISICO

La enfermita presenta en la vulva, entre los labios mayores, una tumoración cilindroidea, redondeada en su extremidad y simulando la forma de un útero de buen desarrollo completamente prolapsado. Las dimensiones del tumor, una pulgada y media de longitud por una pulgada y cuarto de ancho. El color es rojo escarlata. Tiene un orificio central rodeado de ulceraciones superficiales, resultado de un proceso de destrucción gangrenosa. Es sumamente doloroso y sangra al tacto con facilidad. Separando los labios y deprimiendo el tumor, no se encuentra el meato urinario externo. La entrada de la vagina se encuentra con mucha dificultad.

DIAGNOSTICO

Prolapso vesical.

TRATAMIENTO

Anestesia general por cloroformo. Se pasa una sonda de cristal por el orificio central de la tumoración y se obtiene orina limpia.

Con tres pinzas hemostáticas de Kelley se fijan los labios del meato urinaria en sus posiciones superior y laterales, que forman el anillo cons–

trictor de la hernia. Libremente pasa el dedo indice por la abertura vaginal sin molestar la membrana himen, siendo la vagina relativamente larga y normal el útero. La hernia ó prolapso es irreductible, por lo que se incinde la parte inferior del meato hasta los límites del himen. Cauterizadas que son las ulceraciones, se hace la reducción del prolapso. Con el objeto de disminuir el calibre de la uretra, que es excesivamente grande, se reseca un colgazo triangular á cada lado de los bordes de la primera incisión, tomando como base los labios del meato. La uretra es suturada en dos planos, con cat-gut simple No. 1 primero y crómico, después. Este conducto, que admitía antes el paso del dedo, queda reducido ahora al diámetro correspondiente á una sonda No. 9.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Se sigue la práctica común. La orina, durante los tres primeros días fué sanguinolenta y borrosa. Se usó urotropina al interior. Salvo una colitis pasajera, la enferma hace su convalescencia sin interrupción.

OBSERVACIONES

El caso es realmente raro, sobre todo tratáudose de una etiología tan oscura. El meato no ofrece á la observación, traumatismo alguno que pueda inferirse como causa. Tampoco la historia advierte un traumatismo interno tan grave que pudiera aceptarse como causal de la lesión.

En resumen: todo lo que se demuestra en este caso es la dilatación del meato, que pudo admitir el desdoblamiento de la mucosa uretral, y el prolapso del cuello y parte de la vagina. El problema á resolver sería la causa de la dilatación uretral; congénita ó por dilatación forzada, ó tal vez por una aberración sexual.

HERIDA PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO DE LA CABEZA

HEMIPLEGIA DERECHA CONSECUTIVA AL TRAUMATISMO
TRATAMIENTO Y CURACION

POR EL DOCTOR J. AVILES

Paciente: N. N. de edad de 7 años, de color trigueño, de constitución física regular, y residente en Santurce. Ingresó en el Hospital Municipal en el mes de Noviembre de 1910, á las 5 de la tarde.

ANTECEDENTES

El paciente se encontraba en un establo en compañía de un niño de mayor edad, quien en aquellos momentos jugaba con un revólver, escapándosele un tiro con tan mala suerte, que vino á herir á su inocente compañero. El herido fué conducido á la sala de socorrodel barrio, donde se le hizo una cura provisional, creyéndole casi muerto. Momentos después, la ambulancia lo trasladó al hospital.

EXAMEN DEL ENFERMO

Inmediatamente á su ingreso en el hospital y en unión de otros médicos, procedimos á reconocer al herido, observando que había recibido una herida penetrante por arma de fuego en la región occipital y hacia el lado derecho de la línea media. En su aspecto exterior, la herida era pequeña y de forma redondeada, con el borde quemado alrededor de su circunferencia, impidiendo por su pequeñez, reconocer el verdadero daño que habiera ocasionado el proyectil. La herida derramaba líquido sanguinolento y algunas partículas de sustancia cerebral. El enfermo estaba en completo colapso; la respiración muy lenta, el pulso casi imperceptible, las pupilas dilatadas é inactivas y la temperatura 36.2. Con este cuadro tan desfavorable donde todos pensábamos ver un moribundo, le administramos 500 c. c. de solución salína por la vía subcutánea, 1 c. c, de aceite alcanforado y 1 c. c. de solución de adrenalina por la vía hipodérmica.

INTERVENCION QUIRURGICA

Fué opinión de todos los médicos allí reunidos, dado el estado de gravedad del herido, desconociéndose el daño ó lesión dentro de la cavidad craneana y más aún, la compresión cerebral que realizaba el proyectil,

como también, las esquirlas de hueso en la masa encefálica, practicar una intervención quirúrgica que en aquellos momentos, aunque peligrosa y atrevida, era de absoluta necesidad como único medio de probabilidad de salvar la vida al niño. A tal fin se practicó una incisión en forma de V sobre el cuero cabelludo, levantando el colgajo hacia arriba de su base. El periostéo estaba desgarrado, disecándolo del hueso, por medio de un elevador; entonces se pudo reconocer la lesión del hueso que presentaba una fractura comminuta y algunas estrias en la superficie externa de la bóveda craneal. Para dar mayor amplitud al campo operatorio se levantó una corona de trépano á nivel del borde superior del orificio del hueso. Las meninges estaban dislaceradas y así también algunas de sus venas. Se procedió á ligar estos vasos y á explorar con mucho cuidado el trayecto de la herida, utilizando el dedo. Se sacaron esquirlas de tejido óseo que se encontraban al paso del dedo. Todo fué inútil por este procedimiento para localizar el proyectil, empleándose luego un estilete apropiado al caso, para llevar más hacia adentro la exploración. Con este instrumento se siguió el reconocimiento, explorándose el hemisferio izquierdo y el ventrículo del mismo lado, hasta llegar al lóbulo frontal, sin poder fijar la bala. Se discutió la necesidad de trepanar el lado opuesto, ó sea el hueso frontal, pero se desistió, en vista de la posibilidad de que el proyectil se encontrara incrustado en la porción diploica del hueso. Terminada la intervención, se tomaron algunos puntos de sutura en las meninges, restableciéndose en su sitio el periosteo, y uniendo la incisión del cuero cabelludo, con varios puntos de seda. Una sonda envuelta con gasa aseptica se dejó en el sitio de la herida como drenaje. El enfermo fué llevado á su cama y aislado en una habitación privada de luz, y lejos del menor ruido.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Aplicación constante de hielo á la cabeza, una inyección de aceite alcanforado por la vía hipodérmica cada cuatro horas, dieta absoluta y 500 c. c. de solución salina por enterolisis á la mañana siguiente de la operación. Segundo día: el estado del enfermo varía muy poco, en la tarde de este día principia á subirle la temperatura, alcanzando por la noche 39 grados centígrados; este síntoma daba lugar á suponer el desarrollo de una encefalitis ó meningitis de origen traumático-infeccioso. Se suspendieron las inyecciones de aceite alcanforado. toda vez que había reaccionado el pulso á las veinte y cuatro horas.

En la mañana del tercer día se intervino otra vez para lavar la herida, sacar el drenaje y reforzar algunos puntos de la piel que se encontraban sueltos. Con sorpresa, lo que no pudo descubrir el dedo y la sonda de estilete, lo hizo la acción física de gravedad, porque la bala se descubrió al terminarse de sacar el drenaje, envuelta con sustancia cerebral. Terminada la cura, el enfermo se llevó de nuevo á su cama, observándosele signos de una hemiplegia del lado derecho, deduciéndose que el proyectil había interesado la zona de locomoción. Al cuarto día, la hemiplegia era marcada, el niño había recuperado sus funciones mentales, la respiración era más fácil, sus pupilas estaban casi normales, pero se observaron fenómenos afásicos del tipo Bouillaud-Broca. Signos que se observan en las hemiplegias del lado derecho.

OBSERVACIONES

Los signos afásicos desaparecieron gradualmente hasta el sexto día en que el niño hablaba con menos dificultad. La temperatura descendió á la normal al décimo día de la operación. La hemiplegia fué resolviéndose favorablemente día por día. La parálisis del brazo era completa. Al mes de la operación se suspendieron los gorros de hielo de la cabeza y al niño se le permitió salir de la cama, y con la ayuda de un bastón podía dar sus pasos. El tratamiento empleado durante el proceso hemiplégico consistió en tónicos, reconstituyentes, ejercicios físicos en sus miembros paralíticos y como medicamento activo, yoduro de potasio. Este tratamiento dió excelente resultado y gran satisfacción, dándose de alta al enfermo en Julio de 1911 con movimientos de sus miembros del lado derecho que habían estado paralíticos por tantos meses.

El caso que acabo de describir, es de gran interés por tratarse de un niño de corta edad y con una lesión tan severa como son todas aquellas producidas por armas de fuego cuando estas penetran en la cavidad craneal y sobre todo este caso, en el cual el proyectil recorrió un trayecto extenso en plena masa encefálica.

UN CASO DE DISLOCACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL

POR EL DOCTOR J. DEL TORO

M. C., varón, de 35 años de edad; blanco, casado, jornalero. Constitución excelente. Admitido el día 29 de Mayo de 1912.

ANTECEDENTES

Ha sido siempre saludable. Durante el trabajo cayó de un andamio como de catorce piés de altura sufriendo una dislocación de la columna vertebral interesando la 10ª, 11ª y 12ª pieza vertebrales de la región dorsal y la 1ª de la lumbar. La deformidad hacia atrás forma ángulo recto cuyo vértice sobrepasa dos pulgadas la línea normal de la columna vertebral. No pudiéndose comprobar la fractura de ninguna de las vértebras, el caso es calificado de «dislocación». El paciente declara que no ha recibido golpe directo sobre la espalda; pero se observa una dislocación superficial sobre el sitio de la deformidad, con erosion tegumentaria á ambos lados de la columna vertebral. Existe parálisis sensitiva y motora en las extremidades inferiores y en el tronco por debajo de la dislocación, en la cual hay dolor intenso que se exacerba al menor movimiento. Hay retensión de orina y de heces fecales. El estado general, es malo, la temperatura, subnormal; el puso, débil y frecuente.

TRATAMIENTO

Por medio de un tablero colocado debajo del colchón se convierte la cama en una superficie completamente plana. Con el aparato de suspensión de Sayre se sostiene, fuertemente, al enfermo por la cabeza y axilas á la cabecera de la cama. Se administra cloroformo hacia el grado de anestesia quirúrgica, y con cuatro ayudantes, tirando dos de cada pierna, se hace (dislocación de la columna vertebral) la extensión del cuerpo, logrando la reducción de la dislocación casi por completo Se deja colocado el aparato de suspensión y se fijan las dos piernas á los pies de la cama. Se practica el cateterismo de la vegiga cada cinco horas. Se establecen dieta líquida y aplicaciones de agua blanca y láudano sobre la contusión. A las doce horas había recobrado la sensibilidad del tronco y del muslo izquierdo. El enfermo va adquiriendo gradualmente motilidad y sensibilidad. Llega á hacerse necesario la evacuación del recto por medio de enemas. A los cinco días se separa el aparato de extensión y cesa la

tracción de las piernas á los quince. A los nueve ya se había obtenido emisiones de orina y heces voluntariamente. La cama dura se quita á los veinte y siete días. Al interior se administra ioduro de potasa.

El enfermo fué dado de alta el día primero de Agosto de 1912, sufriendo solamente de minoración de la sensibilidad en la pierna derecha, como también cierta debilitación en el plano anterior de los músculos de dicha extremidad.

PERINORRAFIA SUBMUCOSA

POR EL DOCTOR J. AVILES

Los diferentes métodos de colpo-perinorrafias que han venido practicándose durante los últimos veinte y cinco años, han estado sujetos á bases matemáticas más bien que á principios anatómicos, puesto que la mayoría de los mismos solamente consiste en resecar de la pared posterior de la vagina y de su parte lateral, secciones de la mucosa en formas más ó menos geométricas. El cirujano que estudie la técnica de los distintos métodos de perinorrafias hasta ahora conocidos, quedará sorprendido al ver que la restauración anatómica del periné, ocurre solamente en teoría, porque la operación por regla general, como se ha expresado antes, se reduce á resecar parte de la mucosa vaginal, avivar la superficie muscular del pariné y unir luego con puntos de sutura los bordes de la herida. Muy rara vez se observa que se tomen en consideración ciertos músculos y en particular los planos de las fáscias más importantes.

Elijiendo como ejemplo la operación de Emmet, que es la que por mucho tiempo se ha señalado como la más segura para restablecer el suelo perineal, se deduce que ella, en conclusión, no hace sino acortar la longitud de la pared posterior de la vagina, obliterar los surcos laterales vaginales, y hacerle perder á ésta, en su aspecto anterior, su figura de H. Además, con este procedimiento, la dilatabilidad de la vagina se aminora. Si estudiamos detenidamente este método veremos que se ha prestado muy poca atención al restablecimiento muscular del periné, y aún más, las estructuras musculares, los planes de las fáscias y el suelo de la pelvis, quedan para muchos cirujanos casi ignorados.

Observando los resultados post operatorios, veremos que los puntos de suturas que van de un lado al otro de la sección perineal, sirven de sedal que filtran las secreciones vaginales hacia adentro de la herida, originando cierta irritabilidad que dá lugar á la formación de tejidos fibrosos en el suelo del periné. Las suturas de catgut de la vagina ofrecen casi siempre acumulación de secreciones y obstaculizan la limpieza vaginal: y en aquellos casos en que las suturas no son absorbidas y quedan incrustadas debajo de la mucosa, producen infecciones locales y senos purulentos. Pueden hacerse objeciones similares á los diferentes métodos de perinorrafias hasta aquí conocidos, y que se practican por estilo del de Emmet.

Después de estudiados todos estos inconvenientes y defectos, se ha llegado á un método práctico, sujeto á una base anatómica, que el profesor Backock ha designado con el nombre de perinorrafia-submucosa. Las operaciones practicadas durante los últimos cnatro años, han demostrado

que este nuevo método es superior á los conocidos con anterioridad, ó sean los de Emmet, Hegar y otros ginecólogos, notándose también, que parturientas que habían sido sometidas á este método han dado á luz sin novedad alguna, quedando intacto el periné.

No existe argumento, por consiguiente, que objetar á esta técnica operatoria, por el hecho de que la misma aumenta la resistencia muscular y fascial del periné y por tanto la de la vagina. El método de perinorrafia que voy á describir descansa sobre los siguientes principios:

Primero: no se reseca ningún tejido, ni tampoco se practican extensas denudaciones de la mucosa vaginal. Segundo: todas las suturas que se emplean son de material absorbible quedando todas bajo la piel y la mucosa. Tercero: la operación se practica hacia afuera de la vagina dando así más amplitud al campo operatorio y facilitando mucho mejor la inserción de las suturas. Cuarto: cada uno de los planos son suturados con precisión. El operador puede reconocer y ver cada tejido que sutura, sin que se oculte alguno de los mismos Quinto: cada uno de los planos que forman el suelo perineal ó sea, pared vaginal, submucosa, tejido muscular, planos fasciales y piel, van unidos por separado. Sexto: la pared vaginal no se separa del recto y por consiguiente no existe peligro alguno de herir el intestino.

La peración tiene las siguientes ventajas: primera, restablece y aumenta la longitud de la pared posterior de la vagina, en lugar de acortarla como sucede en las demás clases de operaciones; segunda, que con este método se consigue un grado mayor de estrechez en la porción externa de la vagina, así como sostener la pared anterior de este órgano, apesar de que los tejidos por sí, no son resecados, como en los procedimientos seguidos por los antíguos métodos; tercero, con este método no hay necesidad de practicar ninguna operación adicional, puesto que, como queda dicho anteriormente, contribuye á dar apoyo á la pared anterior de la vagina. Solamente en aquellos casos de cistoceles muy marcados, es que hay necesidad de una operación adicional; cuarta, la operación conserva de nuevo á la vagina su figura de H, en lugar de destruir y obliterar sus sulcos laterales. Existe también la ventaja de que no hay que cortar puntos de sutura después de la operación, ni tampoco quedan nudos de esta sutura en la superficie de la mucosa, que siempre dan lugar á la acumulación de secresiones y como resultado de ésto, la irritabilidad de los tejidos.

TÉCNICA DE LA OPERACIÓN.

Primer tiempo: el periné, la vulva, y la vagina se preparan asépticamente con sujección á los principios quirúrgicos modernos. El ano se cubre con una tohalla esterilizada para aislarlo del campo operatorio. Las labias mayores, son separadas por un ayudante. Se introducen en el tejido celular subcutáneo y hacia el lado externo del orificio de la glándula de Bartolino, unas tijeras de punta aguda. Con estas tijeras se practica una incisión alrededor del margen posterior del introitus y hacia el lado externo de las carúnculas, hasta llegar al orificio de la glándula de Bartolino del lado opuesto. La parte posterior de la incisión se retrae por medio de un par de forceps de dientes. No hay necesidad de separar la vagina del recto, á menos que exista tejidos cicatricial en la comisura posterior y que ello impida á obtener suficiente espacio. En caso de que exista deformidad y prolapso de la pared posterior de la vagina y tejido

cicatricial, éste, será debidamente separado, para corregir la deformidad. (Figura 1).

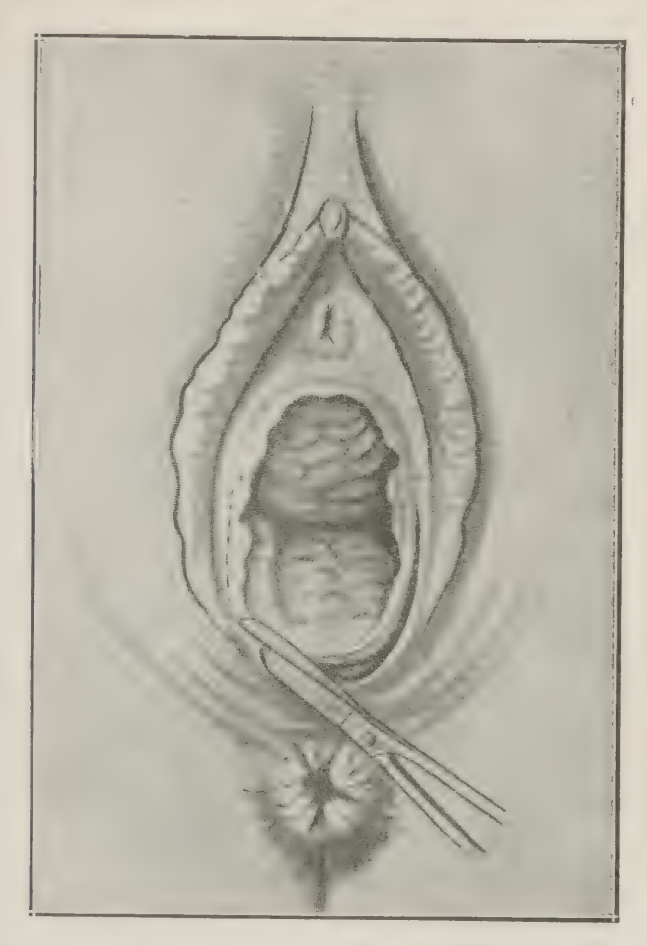


FIG. 1ª—TIEMPO 1º: Primera incisión practicada con tijeras ó bistourí, tomando la base de las carúnculas como punto de partida, Solamente se penetra hasta el tejido areolar submucoso. La incisión es en forma de U y vá hacia la parte externa del orificio de las glándulas de Bartolino, de ambos lados.

El segundo tiempo consiste en localizar y exponer el músculo elevador del ano. Para localizar los bordes del músculo, se fija un dedo sobre el plano lateral de la vagina y el pulgar sobre el lado de la herida. Una vez que se encuentra el músculo en la herida, se introducen unas tijeras de corte agudo, en un punto del borde anterior del músculo, abriéndolas después, para ampliar la incisión y abrir más campo. Las tijeras se introducen en las capas del ligamento triangular, quizás en la ténue capa del músculo profundo del periné, y las fascias de "Colles."

En caso de necesidad se puede ampliar más el espacio, empleando los dedos, y si fuese necesario el bistourí. Para encontrar el músculo ele-

vador del ano, se introduce un dedo por la pared lateral de la vagina, se palpa con facilidad el músculo que es traído hacia afuera por medio de un par de forceps de dientes ó instrumento análogo. Solamente en aquellos casos en que existe dislaceración de la pared lateral de la vagina, es que se encuentra generalmente el músculo algo más profundo. Exponer y fijar el músculo es trabajo de algunos minutos, y que comúnmente no ofrece dificultad y muy rara vez se encuentra completamente dividido. El borde del músculo del lado opuesto, se descubre siguiendo esta misma técnica (Figura 2.)

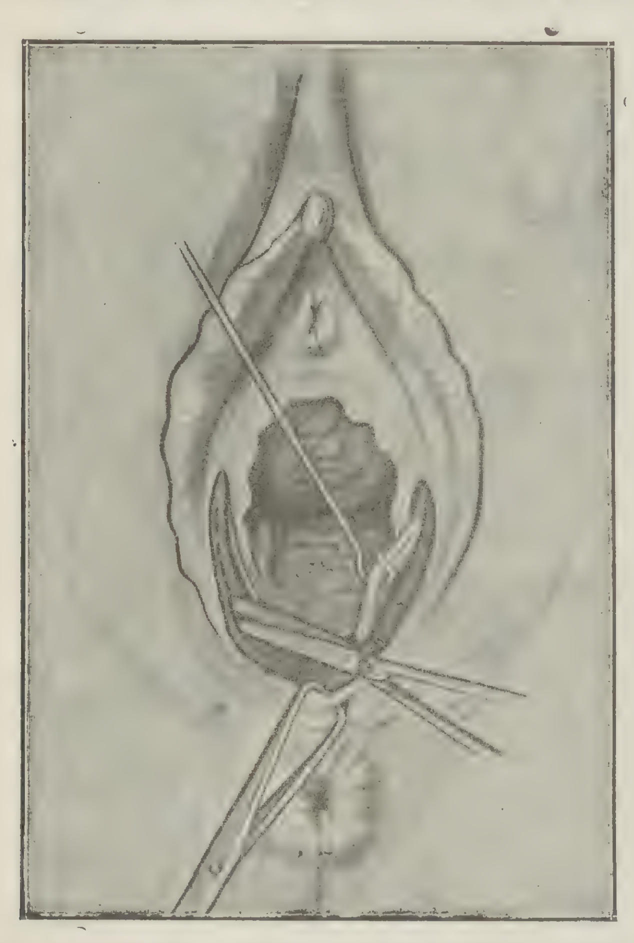


FIG. 2ª.--TIEMPO 2o : Los bordes internos del músculo elevador del ano expuesto y aislado. La vagina no se separa del recto. El borde posterior de la herida se retrae hacia abajo por medio de un tenaculun para abrir más la incisión. En la parte lateral de la vagina se introdueen unas tijeras que penetran el plano de la fascia. Se abren las jijeras y se sacan inmediatamente para dar salida al músculo.
El dedo se introduce por la porcióu lateral de la vagina y se saca el músculo hacia afuera. El borde del músculo del lado opuesto se fija de igual manera.

El tercer tiempo consiste en reparar la mucosa vaginal. Los bordes de la membrana mucosa se unen con catgut simple número 1, comenzando

por la parte de mucosa que estaba antes en la comisura posterior. La sutura es contínua, tomando solamente el tejido submucoso y á muy corta distancia de los bordes de la herida y uniendo la parte de arriba en posición vertical. La parte de la mucosa vaginal situada cerca de la comisura posterior, viene á ocupar un sitio que dista sólo unos centímetros de la abertura anterior de la vagina. La longitud de la vagina queda normali-

Fig. 3ª—Tiempo 3o: Union de la submucosa de la pared vaginal con catgut simple No. 1. Esta sutura no penetra la mucosa y sirve para dar más longitud á la vagina y estrechar el orificio vaginal.

La sutura se deja interinamente hacia un lado, después de llegar esta á un nivel un poco más arriba del sitio de salida del músculo,

zada. Si hubiere exceso de membrana mucosa, se hará otra segunda sutura de igual manera, dando así mayor resistencia á la pared posterior de la vagina y la unión del tejido submucoso dará más convexidad á la superficie vaginal. La primera sutura de catgut se deja sin terminar interinamente y hácia un lado, para usarla al final de la operación. (Figura 3).

El cuarto tiempo consiste en traer los bordes del elevador del ano que

se encuentran fijado por los forceps hacia la línea media, uniendo después ambos bordes del músculo, con tres puntos de suturas interrumpidas de catgut crómizado, teniendo especial cuidado de que la unión del punto anterior no quede muy afuera, para evitar una estrechez marcada del orificio vaginal, que indudablemente resultaría, si no se tiene tal precaución. Uno ó dos puntos de suturas se hacen uniendo el plano muscular

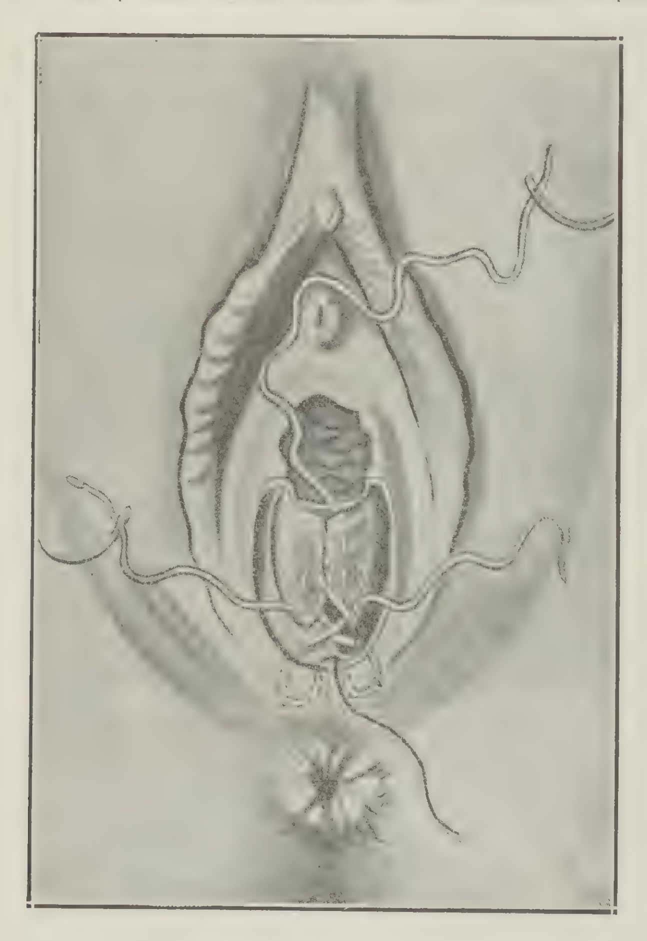


FIG. 4a.—TIEMPO 4o: Los bordes del elevador del ano unidos en la línea media con una sutura interrumpida tomand dos ó tres puntos. Algunos de los puntos cogen la submucusa para evitar espacios muertos Una sutura en figura de ocho de guarismo se pasa posteriormente para reforzar el esfinte anal.

al tejido submucoso para evitar la formación de espacios muertos. Posteriormente se introduce una sutura en ocho de guarismo para unir los diferentes tejidos que se reunen en este sitio, reforzando así el esfinter del ano. Con la unión de los bordes del elevador del ano se observará que el rector, el ano, y la vagina toman una posición más elevada en la pervis y adelantan hacia el púbis. (Figura 4).

El quinto tiempo de la operación consiste en unir los planos de las facias inferiores con puntos de suturas, reforzando así, el apoyo muscular. Los bordes de la incisión por donde el músculo elevador del ano se puso al descubierto se unen en la linea media con una sutura contínua ó interrumpida, empleando catgut crómizado número 1. Este apoyo que com-

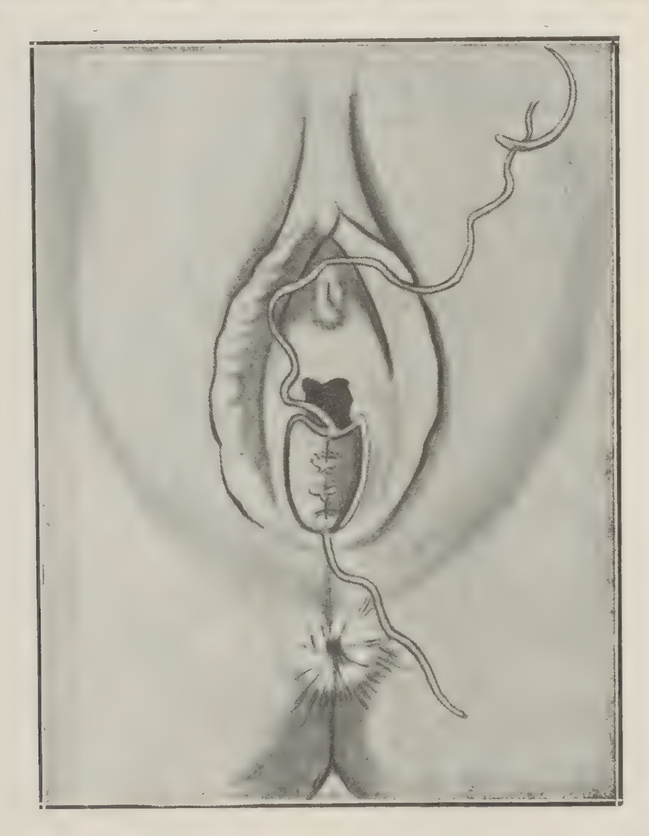


FIG. 5a.—TIEMPO 5o: Sutura del plano de la fascia (trigono urogenital) por encima del plano muscular. El músculo profundo del perine queda reforzado por encontrarse en el plano de la fascia. La sutnra puede ser continua ó interrumpida. Las dos extremidades de la sutura primitiva se observan que salen por abajo de la superficie de este plano, una hacia el lado superior y la otra hacia el lado inferior.

prende la parte posterior del trígono uretrogenital, afecta también las capas del ligamento triangular y posteriormente contribuye á mantener la tensión sobre el múculo transverso del periné. Dos ó tres puntos con catgut simple se introducen tomando el músculo que está debajo, evitando con ésto, la formación de un espacio muerto. (Figura 5.)

El sexto y último tiempo consiste en unir el plano submucoso de la vagina con el tejido celular subcutáneo, y con las facias de "Colles" hasta la terminación de la incisión. Para hacer esta unión, se emplea el catgut

de la sutura primitiva, tomando el extremo superior de ella, empezando la unión de los tejidos anteriormente mencionados por su orden, llevando la sutura en forma contínua, hasta llegar al último punto donde con el otro extremo de la sutura, se hace el nudo final permitiéndole undir debajo de la piel. (Figura 6).

FIG. 6a—TIEMPO 6o : El extremo supe:ior de la sutura primitiva que está sin terminar. Se toma de nuevo para unir los bordes cutaneos. La aguja penetra el dermis de la piel y se lleva la sutura hacia abajo hasta llegar al *fourchette* donde se hace el último punto. Con el extremo inferior de la sutura se hace un nudo que se le permite undir debajo de la piel.

De manera que, hemos conseguido por este procedimiento, restablecer un periné, compuesto de diferentes planos: mucosa vaginal, plano muscular, planos fasciales y piel. Todos estos tejidos unidos por separado, quedando todas las suturas por dentro y sin temor alguno á la formación de espacios muertos. Se establece un drenage de gasa yodoformada dentro de la vagina dejando parte de la gasa, afuera, para cubrir la incisión. No hay ningún inconveniente en que la paciente pueda levantarse de la cama á los diez días de la operación y poder hacer sus trabajos domésticos al cabo de dos semanas.

TERAPEUTICA DE COMADRES

SUPERTICIONES RELATIVAS A LAS RECIEN PARIDAS

Damos publicidad al curioso artículo que sigue, tomándolo de un periódico profesional, con el fin de llevar á conocimiento de los compañeros de profesión una colección de práctica ridículas, cuando no dañosas muy en boca entre las clases menos instruidas de la sociedad.

Nosotros en Puerto Rico hemos de tropezar á cada paso con las mismas preocupaciones, con esas mismas prácticas ridículas ó abusivas de la credulidad de las gentes, con supersticiones inconcebibles que modifican las condiciones en que un enfermo debe ser visto para apreciar debidamente los signos que conduzcan rectamente á formular un diagnóstico.

Es particularmente interesante el conocimiento de estos males sociales á los médicos jóvenes, para que estén apercibidos y puedan tener en cuenta tales circunstancias en el momento penoso de concentración de espíritu cuando por síntesis rápida se formula opinión acerca de la posición de un enfermo ante su enemigo la enfermedad.

Es innegable y la experiencia lo dice que semejantes prácticas, que se ocultan casi siempre al médico, á quien se llama á veces á la cabecera del enfermo por vía de legalización civil, dañan grandemente al conocimiento de una enfermedad y guían á errores de diagnóstico de terribles consecuencias para la salud de un enfermo, como para el crédito del profesor.

Si todos los médicos en Puerto Rico, sobre todo los que han trabajado ó trabajan en los distritos rurales quisieran hacer el estudio de las prácticas malas de nuestro pueblo, ya de estos medios ridículos ya de la intervención de curanderos y comadres, se podría hacer un trabajo de mérito regional para la patología social.

De un médico español, el señor don Martín Carrera y Dellunguer, tomamos los siguientes datos. que provienen de un interesante trabajo por él publicado en la *Gaceta mèdica catalana* (15 feb. y 15 de marzo de 1910).

Un niño acaba de nacer; pero está en estado de muerte aparente. ¿Qué hacer ? Según ciertas gentes, no hay nada mejor que quemar al lado del recién nacido la placenta y un pedazo de cordón umbilical, dirigiendo el humo hacia sus narices. Otro procedimiento, muy recomendado, consiste en introducir humo de tabaco en el recto por medio del conducto de una pipa.

En algunos pueblos de las provincias de Lérida y Tarragona se introduce en el ano del niño el pico de una gallina viva. Otras veces, en fin, se

practica la succión de la mamella izquierda; maniobra no peligrosa si es ejecutada por una persona indemne de toda afección contagiosa y que posea al menos la ventaja de estimular los plexos nerviosos de la región.

Cuando se trata de limpiar al niño (el verbo limpiar ¿está en el lugar que le corresponde?) la imaginación popular se desborda. Se le lava con vino blanco, se le unta con aceite y después se le envuelve en la piel de una cierva ó de un lobo.

Además, para hacerle robusto, se le rocía la cabeza con la sangre que sale del cordón umbilical, y que indudablemente hubiera contribuido mucho mejor al mismo objeto si se la hubiera dejado normalmente penetrar en el organismo del niño. A veces, también, y esta es una costumbre muy ensalzada por Galeno y Avicena, se espolvorea con sal al recién nacido.

La famosa operación que consiste en «cortar el hilo de la lengua» es una operación muy usada aún en España, en donde muchas comadronas la practican sirviéndose de su uña, lo que es causa, muy frecuentemente, como es de suponer, de accidentes infecciosos.

Dejemos aparte los *malaxados* y compresiones brutales hechas en la cabeza, con grave daño de los centros nerviosos, so pretexto de redondearla; prácticas que no son la especialidad de España. Quizá encuéntranse en otras partes también los emplastos de estopa, de aguardiente, de claras de huevo y de un montón de substancias destinadas á cerrar rápidamente las fontanelas. Otro procedimiento consiste en colocar sobre ellos una pequeña cruz de semillas.

La compresión de las orejas por medio de un pañuelo, las tracciones sobre la nariz para impedir que el niño sea chato, son cosas muy comunes en todos los países; pero es aún más notable la práctica de las comadronas que frotan las encías de los niños con una moneda de oro con objeto de conservarles definitivamente su tinte rojo. Inútil es decir que, para que el rito sea verdadero, la pieza de oro debe quedar en posesión de la comadre.

Si, dejando la boca, las comadronas se ocupan del ano del nuevo ser, se las ve dedicarse á prácticas no menos raras. Conviene, en efecto, *hacer el ano*, y para esto tales mujeres introducen en el orificio su dedo pequeño, preventivamente humedecido en aceite. Esta maniobra sirve igualmente, según ellas, para provocar una rápida expulsión del meconio Con este mismo objeto se administra en Navarra al niño pequeñas grajeas llamadas anisillos.

En otras partes se recurre á supositorios de papel enrollado y bañado en aceite, ó á una rama de perejil ó pasta formada con una mezcla de aceite y de la parte blanda de los excrementos de una gallina.

El crecimiento del niño da lugar á un enjambre de creencias absurdas. Unos aseguran que la acción de roerse las uñas hace crecer á los niños, otros creen que se logra el mismo objeto pasando la pierna por encima de la cabeza del niño ó por encima del cuerpo del recién nacido cuando está durmiendo. Se cree igualmente que durante la lactancia, el niño crecerá tantas veces el valor de un grano de trigo como veces le tenga su padrino en brazos.

Existe un proverbio que dice: «Si quieres que tu hijo crezca, lávale los piés y afeítale la cabeza», proverbio que si fuera más universalmente escuchado no se verían las prácticas repugnantes provinientes de la idea de que la suciedad y el respeto de la vida de los piojos son garantías de la

salud de los niños. En este particular, no pocas personas de Francia tienen poco que envidiar á las de otros países.

En otras partes se cree que el niño morirá ó quedará mudo si se le corta el pelo antes de que hable, y nada es más curioso que esta otra superstición que quiere que para hacer hablar rápidamente á un niño, hay que vestirle de cierto modo é ir á pedir limosna con él durante nueve días seguidos.

La alimentación de los niños de pecho da lugar, como puede pensarse á numerosas prácticas erróneas. Por esta razón, en ciertos puntos de España se hace tragar manzanas cocidas al desgraciado recién nacido, antes de que comience á tomar el pecho, y eso para que no sea nunca glotón y con objeto de que siempre sea con las mujeres galante y bien educado.

También se *hacen las entrañas* haciendo mamar al niño que acaba de nacer, del seno de una mujer nodriza que lo sea desde hace un año.

Si se trata de aumentar la secreción láctea, los procedimientos no faltan. Dejemos aparte las plegarias á la Virgen de la Leche y del Buen Parto. las oraciones y las peregrinaciones diversas y ocupémonos solamente de las substancias, múltiples tanto como heteróclitas, empleadas como galactagogos. En Dos, provincia de Gerona, se rodea el cuello de la mujer con una soga de esparto.

No es más ni menos infundada esta terapéutica externa que lo es la otra, pero ciertamente es menos repugnante que la mayoría de los procedimientos que vamos á enumerar: por ejemplo, las sardinas de barril, caldo de tripas de cordero, leche de marrana mezclada con vino dulce, carne de buho hembra frita, mamella de vaca desecada, reducida á polvo y consumida en un caldo, patas delanteras del mismo animal previamente calcinadas. caldo en el cual se ha hecho hervir dos ratas sin que la madre lo sepa (felizmente para ella).

También se emplea, en unciones sobre los senos, un aceite en cuya composición entran los gusanos de tierra, ó ratas cortadas á pedazos sin haberles quitado las tripas. Existe un linimento muy complejo cuyo empleo se debe acompañar con la aplicación sobre el pecho de un corazón de sapo.

Muchas mujeres rehusan tomar el baño por miedo á perder la leche, pero en medio de todas estas supersticiones, uno se admira de ver recomendar la práctica antigua de la opoterapia que consiste en hacer tragar á la mujer pedacitos de su placenta fritos.

Los medios destinados á provocar el destete no ceden en nada á los precedentes. Así, por ejemplo, se usan fomentos de savia hervida en la orina, ó bien se coloca entre los dos hombros una llave hueca llena de mercurio; ó se recomienda dar la teta á dos niños á la vez, ó se aconseja á la mujer exprimir el seno proyectando la leche sobre la pared del cuarto ó dirigiéndolo sobre la llama de la lámpara ó quinqué con el fin de que la leche se queme, ponerse la camisa del marido así que éste se la quite, etc., etc. En ciertos puntos de la provincia de Valencia se le dan á una perra ó á una gata los huesos de una gallina que haya servido para hacer la sopa, y de esta manera la leche de la mujer pasa á estos animales.

Cuando una nodriza está afecta de mamitis se supone que esto es debido á la torsión de los conductos por donde la leche pasa y para remediarlo se aconseja dar la teta al niño colocándole en posición contraria á la nor-

mal, es decir, los pies arriba y la cabeza hacia abajo. Igualmente se recomiendan las cataplasmas hechas con excremento fresco de un niño que aun esté mamando envuelto en telas calientes. En Galicia se crée que el mejor medio consiste en colocar un sombrero de hombre sobre la cabeza de la mujer.

Créese comunmente que si una mujer que da teta, come liebre, los ojos del niño se agitarán con movimientos anormales; si queda en cinta, esto perjudica al pequeño, recomendándose entonces procurarse un perrito de menos de nueve días, hacerle hervir tal y como es, en agua y sal, y dar al niño una taza de este caldo: así como también un pedacito de carne de este mismo perro sin quitarle el pelo.

Cuando se trata de destetar al niño créese que es bueno separarlo de su madre un viernes, pues sólo de esta manera el niño no pierde el sentido del gusto, olvidando al mismo tiempo á la que le ha dado teta. Además, para aminorar el disgusto que experimenta el pequeño á quien se desteta ¿no es suficiente echar dentro de una marmita un pollito vivo con todas las plumas, dar al niño algunas tazas del caldo así obtenido, abrir luego el pollito y aplicarlo durante veinte y cuatro horas sobre el vientre del pequeñuelo?

Cuando se acerca el momento de la dentición, los prejuicios continúan reinando absolutamente. Asi es que al niño se le frota las encías con tres trapos embebidos en agua salada, que se queman enseguida, ó se recurre á los amuletos siguientes: dientes de serpiente, concreciones de cuernos de caracol, dientes de cordero negro, etc. Como substancias terapéuticas, se emplea en fricciones la sangre de cresta de gallo viejo, cerebro de liebre, ceniza de dientes de perros mezclada con miel, y así por el estilo. Por lo demás, es creencia vulgar que si los dientes superiores son los que salen primero, el niño morirá prematuramente. Más tarde, cuando caen los dientes de leche, hay que evitar arrojarlos en sitios donde puedan ser comidos por los perros ó las ratas, pues los dientes definitivos adoptarán la forma de los de estos animales. Por el contrario, si se ha tenido cuidado de arrojar los dientes temporales contra el techo, los dientes definitivos crecerán rectos y hermosos.

Podríase multiplicar los ejemplos de estos errores populares entre los cuales hay muchos que están muy lejos de ser inofensivos pero esto concluiría por ser fastidioso.

Sin embargo, no queremos terminar este artículo sin referir hechos de otro orden citados por D. Martín Carrera y Dellunder, que desgraciadamente se han visto en otros países, y aun en Francia! Nuestro colega español ha visto, en efecto, en el hospital clínico de Barcelona dos jovencitas de poca edad infectadas de blenorragia á consecuencia de violación; los miserables que las habían mancillado estaban, en efecto, convencidos de que de esta forma se desembarazarían de la enfermedad que les aquejaba....

CUESTIONES PROFESIONALES

En todas partes se cuecen habas. La queja de la clase médica de Puerto Rico, de una parte por carencia de consideración social en cuanto es colectividad, de otra por deficiencia en la remuneración de los servicios profesionales, parecía ser una condición peculiar de nuestra sociedad; más leyendo la prensa médica extranjera se viene en conocimiento de que no es especialidad de nuestro pueblo sino mal que afecta á todos los pueblos. Claro está que en unos la enfermedad es endémica y en ese número entra Puerto Rico; en otros es epidémica, como sucede, también, en Puerto Rico. Los caracteres que distinguen la agudeza de la enfermedad varía con las sociedades á que azotan, y así puede verse que en Francia el estrago sea menor que en España, en Inglaterra y Alemania menor que en los Estados Unidos y en Puerto Rico mayor que en ningún otro país.

No hace mucho tiempo leimos en un periódico profesional de París un llamamiento á la clase médica para considerar y acordar se levantara el tipo de los honorarios por asistencia ordinaria estimando poco remunerativo el que se aceptara como retribución por el trabajo del médico. Al propio tiempo se hacían en el escrito luminoso observaciones valiosas de práctica inapreciable para demostrar que la profesión médica por estar íntimamente asociada á las exigencias de la caridad, tenía cierto saber y compromiso de misión caritativa que relegaban al médico á la condición de elemento social obligado á trabajar para los demás sin derecho moral á recoger el fruto de su trabajo legítimo.

Aquí en nuestro país, parece un hecho extraordinariamente natural y necesario para el infeliz carente de los dones de la fortuna, pagar al abogado el trabajo que le ocasionan con emitir una opinión ó firmar un documento en el trámite de una reclamación judicial cualquiera, en la defensa de una acusación por violación supuesta ó real de un mandamiento de la ley.

Aquí en nuestro país parece una enormidad y se considera ataque a la caridad ó abuso de posición que un médico *haga la màs leve y tìmida indicaciòn* sobre su derecho á percibir unas monedas á cambio de su trabajo profesional.

Estas quejas que son viejas en el ejercicio de la profesión, lo mismo para los médicos que *acaban* su carrera que para los que la *empiezan*, y que oyen los jóvenes ó los viejos, en todas las estaciones de la vida, son quejas con caracteres de eternidad, quejas irremediables, que han existido y que habrán de existir, mientras las asociaciones médicas no adopten disposiciones que, sin alterar la costumbre hiriéndola de manera profunda, vayan haciendo huella en la conciencia del pueblo y preparando la sociedad del

futuro con un concepto distinto del que hoy prevalece generalmente en la materia.

Ninguna regla, ningún compromiso profesional puede dar resultado satisfactorio, mientras no se proceda en el orden de los sucesos á la educación en la sociedad. Siempre hay ocasión para que la amistad, los lazos de la familia, lazos que son inacabables, prolongadísimos, la manía de exención del pago de honorarios médicos, influyan sobre el médico y llegue á considerar como una *falta de caridad* ó *abuso de la amistad*, percibir una docena de dollars por un trabajo mental y moral que le costó acaso y sin acaso acortamiento de la vida. Con tales *médicos* no reza la regla; con ellos no tiene fuerza moral el compromiso; con ellos está perdida la partida, mientras puedan ser ofrecidos como ejemplo de *caridad*, de *desinterés*, de *grandeza de espíritu*, de *magnanimidad*, de *desprendimiento*, de *nobleza* y de *generosidad*, de hombres de verdadera ciencia y conciencia.

Un médico que no cobra es frecuentemente *un amigo de la casa* y siempre *un enemigo de la clase*.

Y así puede verse amenudo que un amigo de la casa ocurra al jefe de la misma casa en solicitud de un préstamo de dinero con interés y garantía y renuncias al derecho para pagar los zapatos y la ropa y los útiles profesionales que gastó ó rompió en la asistencia de un su deudo cariñoso.

¿ No es costumbre que el médico deje de percibir honorarios en la casa misma en que se gastan cientos de pesos en lazos, en cintas y en polvo ? ? No es común que hombres adinerados paguen con una palmadita en el hombro del médico y una sonrisa de inteligencia, una cuenta de honorarios por servicios prestados en el hogar del concubinato, allí mismo donde el oro se derrocha á manos llenas en el altar de la sensualidad ? Ejemplos mil pueden ofrecerse en este teatro de los dramas íntimos, bochornosos, y que llenan las carteras del médico.

Pero es el caso que este problema si no tiene remedio inmediato y directo, es mal incurable para una generación, estando en manos de los perjudicados la solución.

Consolémonos sabiendo que en otros partes del mundo pasa lo mismo. Léase á tal propósito lo que sucede en la república de El Salvador. El doctor José D. Mendoza, se expresa del modo que pueden leer nuestros compañeros y por lo que se vé *allá* se tratan de manera dura, bien lejos de lo que se acostumbra.

«La lectura de un interesante artículo del doctor Adrián de Garay, sobre los honorarios profesionales del médico, nos convence cada vez más, de que ya es tiempo que concluya esa costumbre inveterada, de que los facultativos cobren sus servicios respectivos conforme á las visitas que hagan á sus enfermos.

«La visita en sí, no la constituye más que el hecho de que el médico vaya á ver un enfermo. Pero el trabajo varía, según la distancia más ó menos lejana del paciente, la clase de enfermedad que éste adolece, la hora de la visita, el servicio que el médico ha prestado y la posición social y pecuniaria del enfermo.

«Pues, no es lo mismo que el médico vea un enfermo que está enfrente de su casa, que ir á darle asistencia á otro que se halla á veinte cuadras de distancia. No se corre el mismo peligro cuando se va á ver un enfermo que padece de una simple indigestión, que cuando se asiste al que tiene

fiebre amarilla, peste bubónica ó viruela, enfermedades contagiosas y en extremo peligrosas.

«Tampoco es lo mismo que el médico visite á su enfermo una mañana de otoño, poética y sonriente, á que salga una noche oscura, tenebrosa y bajo la lluvia torrencial......

«En una visita, no es lo mismo salvar el enfermo que ha caído con una congestión cerebral, que recetarle á una muchacha nerviosa, en donde se llama al médico por puro lujo ó vanidad.

«No es lo mismo asistir al hijo de un hacendado, que ir á ver un niño pobre, en donde el médico, si es humanitario, obsequia su trabajo, regala su dinero, se expone al peligro y pierde su tiempo.

«Si tomamos en cuenta únicamente las visitas en conjunto, notamos la iregularidad é injusticia de cobrar los servicios profesionales conforme á las visitas y no á las circunstancias de que hemos hablado.

«Si á un rico se le hacen veinte visitas y se le cura de escarlatina, difteria ó viruela, enfermedades que exponen al médico no sólo á contagiarse sino también á que peligren sus otros enfermos ó sus mismos familiares, no es justo que solamente se le paguen $40 ó $100 pesos, que corresponden al tipo medio de 2 á 5 pesos, que entre nosotros se cobran según la reputación del facultativo.

«De todos modos, siempre resulta una cantidad insignificante para el médico, pues éste ha tomado, especiales precauciones, que requieren dinero, tiempo y molestias. Otras veces la responsabilidad del médico es muy delicada, tiene que estudiar, que consultar y sufrir amargos desvelos, para resolver si se hace ó no una operación de la cual depende la vida de su enfermo. Tal cosa sucede cuando se asiste un enfermo de apendicitis, de un tumor cerebral ó de un cáncer.

«También ocurre con frecuencia que cuando se asiste una persona de alta posición social, si ésta muere ó el médico tiene un fracaso, no obstante sus conocimientos y buena voluntad, los dolientes desprestigian al médico de la manera más injusta y cruel.

«Además, aun idénticos servicios no pueden valorizarse por igual precio. Una inyección de quinina puesta sin que sobrevenga accidente alguno, es de trabajo muy sencillo; pero si ocasiona un abceso ó alteraciones graves, el médico tiene que luchar y el trabajo ya es distinto, es superior.

«Hay casos también, y estos abundan entre nosotros, en que los clientes son tan necios, que abruman al médico con preguntas insustanciales, ya exigiéndole el diagnóstico ó el pronóstico y pidiéndole explicaciones sobre Patología y Terapéutica, que le roban el triple tiempo que se necesita para una simple visita.

«Y es hasta cierto punto vergonzoso, que el médico cobre sus honorarios por visitas. Eso está bien que lo hagan los jornaleros, los cargadores ó los mensajeros, para quienes el oficio es mecánico y el sueldo es díario; pero nunca para los que ejercen una profesión tan bella y sublime como la del médico, verdadero sacerdote que se sacrifica por salvar á la humanidad.

«Nosotros creemos, que el médico debe cobrar sns honorarios, tomando en consideración las circunstancias siguientes: 1ª la posición social ó pecuniaria del enfermo; 2ª los prestigios del médico; 3ª la distancia á que se encuentra el paciente; 4ª el tiempo que se ha empleado en la visita y la hora en que ésta se ha hecho; 5ª la importancia del trabajo prestado; 6ª los

peligros que ha podido correr el médico, sus enfermos ó familiares; 7ª el resultado de los servicios que ha prestado el médico.

«Tomando en cuenta los anteriores factores, el médico cobrará sus honorarios con verdadera justicia, y los enfermos serán favorecidos, pues cuando sean pobres no pagarán un centavo, y cuando sean ricos se sujetarán á la razón y á la justicia.

«Es bueno que nos unamos para defender nuestros derechos y elevar nuestra profesión al puesto que merece. De lo contrario, solamente los colegas dignos cobrarán sus servicios profesionales conforme á la justicia.

«Los charlatanes, los desvergonzados, los explotadores de la humanidad, continuarán recibiendo como una limosna, *los dos pesitos por visitas.* Esos, no deben llamarse médicos, sino mercaderes de la profesión......»

FINES, PROPOSITOS Y PROBLEMAS DE LA JUNTA DE ESTADO DE MEDICOS EXAMINADORES.

BENJAMIN K. HAYS, M. D.

SECRETARIO, JUNTA DE ESTADO DE MEDICOS EXAMINADORES, OXFORD, N. C.

Puede decirse que hay en la Carolina del Norte, en números redondos, dos mil médicos. El promedio de las licencias etorgadas es cerca de cien al año. Por lo tanto, hay cerca de un 5% de camaradas nuevos que entran en la profesión anualmente.

Los requisitos que exige la Junta de Médicos Examinadores de la Carolina del Norte, son mayores que los de algunos de sus estados vecinos. Pero también muchos de los estados de la parte Norte exigen mayores requisitos que nosotros. El promedio de suspensos ante la Junta de la Carolina del Norte (alrededor de 18%) es menos que el de los demás estados (18 á 20%).

La Junta de Médicos Examinadores del estado de la Carolina del Norte fué creada por una ley especial de la legislatura en 1859. En cuanto á antigüedad, hace la tercera entre las Juntas de Estados de toda la nación. La Junta de Maryland fué creada en 1799, y la del Distrito de Columbia en 1838. En el 1885 se incurría en la pena de "misdemeanor" el ejercer la medicina en la Carolina del Norte sin una licencia. En 1899 se aprobó una ley prohibiendo á los no graduados comparecer ante la Junta. En 1907 se creó la clásula de reciprocidad y en 1909 la ley de "licencia limitada", ("limited license"). Bajo estas últimas, ninguno no graduado. puede ser autorizado para ejercer "in the sparscly settled mountain districts".

DIFICULTADES CON LAS CUALES LA JUNTA DEL ESTADO TIENE QUE LUCHAR.

La responsabilidad que pesa sobre una junta examinadora es muy grande. Muchos de los aspirantes que comparecen ante la junta sou pobres. Durante cuatro años, probablemente, ellos han luchado para poder permanecer en el colegio, ó habrán tenido que tomar dinero prestado con la sola esperanza de restituirlo cuando comiencen á ejercer la profesión elegida. También los aspirantes pueden ser casados. tener familia á que atender, ó sus recursos haberse agotados. Para semejantes aspirantes, la junta comprende que su exclusión es un asunto muy serio. Pero la simpatía individual con los aspirantes no debe dar por resultado una disminución en requisitos.

También, algunos de los aspirantes tienen amigos de valer é influencia, tanto en la profesión como fuera de ella quienes pueden incitar á la junta á que tengan alguna benignidad. La junta tiene, pues, que afrontar, las lágrimas de la esposa y el resentimiento de los amigos de ciertos aspirantes que hayan sido excluídos. También, algunos de los rechazados, insistirán en que se ha observado predilección ó prejuicio y será difícil convencerles de que los papeles fueron graduados desconociéndose los nombres de los que los escribieron Semejantes aspirantes á veces creen que la intervención de algún amigo influyente los habría ayudado á conseguir su licencia.

Igualmente, muchos de los aspirantes son los hijos, alumnos ó amigos especiales de médicos. La exclusión de tales aspirantes no sólo puede crear enemigos á la junta, sino que también con mucha frecuencia sus padres creen que ha habido injusticia. Hasta pueden usarse amenazas. En dos ocasiones durante el año pasado, ocurrió en la Carolina del Norte, que miembros de la Junta fueron informados por médicos que, si á ciertas personas, en quienes ellos estaban interesados, no se les otorgaban licencia, se procedería á una apelacion ante la legislatura para su reparación. Un aspirante amenazó á la Junta con las cortes, y otro gran número apeló á la simpatía personal de los miembros. Estas son algunas de las condiciones é influencias que tienden á prevenir á la junta de médicos examinadores el hacer cumplir la ley relativa al ejercicio de la medicina.

LA SOLA RESPONSABILIDAD DE LA JUNTA ES PARA EL PUBLICO.

Cuando á una persona se le otorga licencia para practicar la medicina, se le concede un certificado de perfeccionamiento.

Esta persona comenzará á actuar en seguida en el campo de operaciones que ha elegido. Diferente al joven abogado, él no tiene muchos años que esperar para que le lleguen casos importantes. Sus primeras llamadas son llamadas de emergencia—un ciudadano importante ha sido herido por arma de fuego, una mujer prominete tiene convulsiones puerperales (puerperal convulsions) ó un infante se ha quemado. Estas son las llamadas que un médico joven recibe en su novisiado. De su habilidad y conocimientos puede depender la vida del paciente. Estamparle el sello de la aprobación á una persona ignorante, significa el precipitar á la tumba á muchas víctimas inocentes. Otorgar licencia á una persona en estas condiciones, simplemente porque sea pobre ó esté necesitada, significa que va á vender conocimientos que no conoce, y y que cada dollar que venga á sus manos ha sido fraudulentamente obtenido de gente cuya consideración es tal vez más digna que la suya.

La junta examinadora se compromete á cerciorarse de la competencia de un aspirante, si puede confiársele el cuidado de un enfermo, y cuando se niega una licencia es porque se cree que un aspirante no ofrece esa responsabilidad.

Además de eso, otorgar licencias á personas incompetentes, tiende á hacer disminuir los requisitos de la profesión médica. La Sociedad Médica de la Carolina del Norte es un cuerpo, para ser miembro del cual la persona debe sentirse orgullosa. No hay demanda de más médicos por parte del público, pero hay demanda dentro de esta sociedad de nosotros, cada año, seamos mejores médicos. Hay demaada porque los jóvenes graduados de medicina sean mejor preparados para ejercerla lo que éramos nosotros á su edad. Esta demanda por parte de la profesión médica es no sólo razonable, sino necesaria para el respeto propio de nuestra profesión. Miles de hombres competentes salen todos los años de nuestras escuelas médicas de clases superiores. Buscan campos vacíos. Muchos de ellos son nacidos y criados en este estado, y debido á sus enseñanzas superiores serán buenos ciudadanos. Existe también un buen número de hombres malamente preparados, quienes han cursado sus estudios en escuelas inferiores, debido á que estas últimas son más baratas, no requieren ninguna educación preliminar y desaprueban muy pocos aspirantes á graduación. Entre los graduados de estas escuelas inferiores y un público confiado, se yergue la junta de médicos examinadores. ¿Es deseable que la junta apruebe una horda de incompetentes en el estado mientras sus hijos inteligentes buscan hogares en otra parte de la nación?

MEDICUCHOS Y CURANDEROS

De igual modo la profesión médica debe mantenerse alejada del número en aumento de medicuchos y curanderos, así como de muchos cultos médicos de que está la tierra infestada. ¡Cuán absurdos son los reclamos hechos por semejantes cultos de enseñar un conocimiento especial de la enfermedad en un curso de estudio de seis semanas! Y los promulgadores de estos cultos proclaman maravillosas ventajas, y con frecuencia, obtienen resultados efímeros aquellos que le siguen.

Pero no nos desalentamos. Un diploma médico de un colegio de reputación y un certificado de una junta honrada, significa algo que no está al alcance de esta gente, y ellos lo saben. No levantemos un puente en el abismo que nos separa de esta gente, educiendo nuestros requisitos de enseñanza.

NECESIDAD DE ALTOS REQUISITOS

Tenemos nuestros límites. Ningún hombre experimenta más su ignorancia cuando se enfrenta con los grandes misterios de la vida y de la muerte, que el así llamado médico entendido. La lucha con la muerte puede terminar con la pérdida del ser, y cuando el monstruo llama á sus víctimas, nuestra habilidad alardeada no es nada, y nuestros conocimientos ponderados no son sino un lamento acerbo. Empero, nuestra es la profesión que protege los intereses de la civilización y hace los progresos modernos que le es posible, "while the various medical cults are as camp followers who prey on the wounded and loot the dead".

Repito, por consiguiente, que tanto nuestro deber hacia el público como el que nos debemos á nosotros mismos, nos exige que mantengamos altos nuestros requisitos. Para la Junta de la Carolina del Norte, es muy raro que un graduado de una escuela de medicina de reputación, fracase en su examen de obtención de licencia, pero los incompetentes deben saber de antemano que no podrán obtener licencias en este estado.

LOS PODERES Y DEBERES DE LA JUNTA

Se verá, por consiguiente, que los miembros de la Junta de Médicos Examinadores son simplemente servidores públicos. La facultad que la Junta posee le es estensiblemente concedida por las leyes del estado. Bajo nuestraforma de gobierno, la única ley real es la opinión pública. Los únicos que tienen alguna opinión en cuanto á leyes médicas—porque son los únicos que piensan acerca de ellas—son los médicos. Por consiguiente, cualquier facultad que la Junta de Médicos Examinadores pueda poseer es derivada del apoyo moral de la profesión médica. Nadie más está en condiciones de darse cuenta de la gravedad de una falta de cumplimiento de la ley para el ejercicio de la medicina. Ningún médico ilegal en cualquier población ó territorio hará frente á un examen si los médicos los recomiendan tal como es.

Si la profesión médica se yergue y dice "No queremos junta de médicos exminadores", no hay duda que la junta de médicos examinadores, dejará de existir. Si esta sección radical se tomara, al instante se reunirían en todos los rincodes de este estado, una multitud de parásitos médicos cuyo capital principal en el comercio sería la ignorancia y credulidad del pueblo en donde ejercen. La junta de médicos examinadores es la barrera que defiende al público contra esta plaga.

Por lo tanto, la junta, está en guardia. Ella constituye la línea de fuego y muchos son los problemas que tiene al frente. Corresponde á la junta considerar qué educación preliminar ha de exigirse al aspirante; qué colegios de medicina se aceptarán como satisfactorios; qué asignación se hará á los aspirantes que hayan tenido un cierto número de años de práctica; cómo se hará el examen práctico; hasta que extensión se establecerá la reciprocidad con otros estados; bajo qué condiciones la junta considerará la anulación de una licencia médica; y qué legislación ansiada ha de conseguirse.

PROBLEMAS QUE AFECTAN Á TODA LA NACIÓN

La junta de la Carolina del Norte no se halla so'a al frente de estos problemas. Se hacen comparaciones con todas las juntas de médicos examinadores de los estados de toda la nación. Existe una Confederación Nacional de Juntas de Médicos Examinadores de los estados y existe también un Concejo en Educación Médica. Estos cuerpos se dedican á los problemas de educación médica y examenes de medicina. Entre sus miembros se encuentran algunos de los más hábiles hombres de América y han hecho mucho para simplificar y unificar el trabajo de colegios de medicina y juntas examinadoras. Los miembros de la actual junta examinadora de la Carolina del Norte, que asistieron á la Conferencia del Concejo en Educación Médica, han regresado al estado llenos de entusiasmo y con muchas indicaciones prácticas para el trabajo. Todas las juntas de estados deberían tener por lo menos un delegado en cada una de las reuniones anuales del Concejo en Educación Médica.

EDUCACION PRELIMINAR

La mayor parte de los estados exigen ahora á todos los aspirantes, que hayan tenido alguna educación preliminar, y todos los co'eglos de medicina en este país exigen á los estudiantes que hayan completado por lo menos dos años de estudios superiores antes de entrar en el curso de medicina. Otros trece colegios de medicina exigen un año de estudios superiores para admisión. Aun más, las juntas de nueve estados que expiden licencias, ahora, exigen uno ó dos sños de estudios superiores

como mínima exigencia de educación preliminar. Algunos estados no pudieron entrar en relaciones de reciprocidad con la Carolina del Norte, debido á que nosotros no exigimos educación preliminar. Repetidos esfuerzos se han hecho para insertar en nuestra ley la exigencia de la educación preliminar pero ha sido siempre desechada por la idea errónea de que es una benevolencia para los muchachos pobres el permitirseles entrar en una profesión para la cual no han llenado los requisitos que se exigen.

EXAMENES PRACTICOS

Durante años recientes ha habido la creencia de que un examen por escrito no indica la habilidad de un aspirante para la práctica de la medicina. Se ha hecho sentir la necesidad de que cada examinador dé al aspirante algún trabajo práctico, y que se tome en consideración la pericia é inteligencia en general. Para responder á esta exigencia, la junta de la Carolina del Norte adoptó los siguientes métodos.

1.—El maniquí obstétrico (the obstetric manikin) ha estado en uso por muchos años. En adición al trabajo oral y escrito, se exige una prueba satisfactoria al aspirante de sus conocimientos de obstetricia.

2.—En la práctica de la medicina y cirugía muy pocos casos se encontrarán y emplearán como materia clínica. Pero un individuo saludable es más satisfactorio. El método de hacer un examen físico y el pronto señalamiento de marcas quirúrgicas revelan los conocimientos que el aspirante posee en estas materias.

3.—En cirugía se emplea también la prueba de exigir á los aspirantes que examinen los instrumentos quirúrgicos, decir sus nombres y cómo se usan.

4.—En el examen de histología se añade el uso del microscopio; se presenta también muestra de patología y bacteriología para ser examinadas con el microscopio.

5.—En química, cada aspirante hace un ensayo urinario práctico y se le interroga acerca de otros experimentos.

6.—En materia médica, la identificación de drogas con algunas observaciones, hace tiempo está en boga. Con la adición de estos trabajos prácticos, los exámenes escritos se hacen más cortos.

RECIPROCIDAD

El problema más difícil que las juntas de estados tienen ahora en porfía es el de la reciprocidad. En la Carolina del Norte la ley dice que "la junta de médicos examinadores podrá á su discreción otorgar una licencia" por reciprocidad. A primera vista, parecía prudente para un estado conceder á los graduados de estados vecinos el privilegio de ejercer la práctica de la medicina en sus fronteras sin pasar exámen. Si un hombre está calificado para practicar la medicina en un estado, por qué no ha de estar en otro? Sin embargo, otras consideraciones, ofrecen muchas razones por las cuales se ve que no es prudente abrir así las puertas á todo aquel que se presente poseyendo una licencia de algún estado. Entre otras razones, las siguientes han de considerarse:

1.—En algunas juntas de estado, los exámenes son simplemente una cuestión de fórmula. Si existiesen las relaciones de reciprocidad con estos estados, muchos aspirantes á licencias en la Carolina del Norte irían á ellos, tomarían los exámenes y entonces solicitarían licencia en la Carolina del Norte á cuenta de reciprocidad.

2.—Algunos estados son el albergue de colegios muy inferiores. Los graduados de estos colegios tienen facilidades para salir en sus estados—sino podrían existir—pero encuentran grandes dificultades en obtener licencias en otros estados. Relaciones de reciprocidad con tales estados daría por resultado en muchas ocasiones que, graduados de esos colegios, deseando residir en la Carolina del Norte, tomaran, después de graduados, el exámen en el estado en donde existe la escuela y luego solicitarían por reciprocidad licencia en la Carolina del Norte.

3.—No es el médico afortunado el que se cambia de un estado á otro, sino el hombre que ha fracasado. Reciprocidad incondicional con un estado vecino sería una invitación para que todo aquel que ha fracasado en su estado viniese á la Carolina del Norte.

4.—No bajan de diez mil los curanderos errantes que se mueven de población en población en este país. Estos hombres con frecuencia tienen licencias en algunos de los estados. Hay de ellos en todos los estados. Los tenemos en la Carolina del Norte y siento el decir que algunos de ellos son graduados de colegios y con licencias de la junta de algunos estados. En los estados en donde hay ciudades grandes, abundan más estos hombres. Conceder reciprocidad incondicional á cualquier estado, haría

posible á estos hombres el venir á este estado y solicitar licencia, para que mantuviesen el comercio infame de vidas humanas protegidos por las leyes del estado. Estarían entonces habilitados para presentar un certificado de aprobación firmado por la junta de médicos examinadores, á cualquiera que los interrogase acerca de su profesión.

Con arreglo á los estatutos actuales de la junta de la Carolina del Norte, se evita este estado de cosas. La reciprccidad se concede por el mérito del individuo sin que se tome en gran consideración el estado de donde procede. Con otros cinco estados hemos establecido reciprocidad condicional, pero la junta de la Carolina del Norte se reserva el derecho de rechazar á cualquier aspirante que se presente. Esta junta no registrará á un médico por reciprocidad hasta que haya comparecido en persona ante la junta y demostrado ser un hombre inteligente así como también un caballero. Si es adicto al uso del licor morfina ú otros intoxicantes, no podrá conseguir una licencia. Treinta días antes de comparecer ante la junta tiene que presentar al Secretario una solicitud que indique sus conocimientos profesionales, acompañada de certificados en cuanto á su carácter y de su estimación como un ciudadano. El Secretario entonces hará pesquisas respecto al solicitante y procurará conseguir prueba evidente de su alta reputación, tanto desde el punto de vista moral como intelectual. De esta manera aquellos que por espacio de algunos años han estado ejerciendo honrosamente en otros estados, y cuyos conocimientos docentes son satisfactorios, pueden obtener licencia de reciprocídad en la Carolina del Norte. Los errantes, alcohólicos é ineptos, son rechazados.

La junta de médicos examinadores del estado puede revocar una licencia si el poseedor de ella ha sido culpable de conducta groseramente inmoral. Sin embargo es casi imposible para la junta tomar semejante acción, á menos que el médico haya sido convicto en las cortes. La razón de esto es clara. La junta no constituye una corte y no tiene poder para citar testigos. Ella no puede obligar á un hombre que se presente á juicio, como no puede tampoco probar su culpabilidad sin oir su defensa. No puede obligar á un hombre á que cese en su ejercicio, ni multarlo ó encarcelarlo. Si la licencia de un hombre fuera anulada, él podría continuar en el ejercicio de sus funciones hasta que los cortes le obligaran á cesar. Durante sus sesiones la junta no tiene tiempo suficiente para considerar estos casos, ni ha de recibir compensación alguna por efectuar una sesión extraordinaria. En casos de ejercicio ilegal de la profesión, la apelación final es el jurado. Todos los años se suscita la queja de que ningún jurado declarará culpable á estos hombres, lo que demuestra la ímpotencia de la junta en estos casos. El anular una junta una licencia á un hombre á quien ningún jurado ha de declarar culpable, seguramente que resultaría un pleito perjudicial contra la junta.

LA MEDICINA PROGRESA

Berlin. La terrible enfermedad del Sueño, que tantos miles de victimas causa en el centro de Africa, donde por culpa de ella, regiones enteras han quedado desplobadas, ya no es incurable como hasta ahora se tenía.

Así lo anuncia categoricamente "La Gaceta de Francfort."

Este respetable díario dice que los doctores alemanes Ludwig Brieger y Kranse han estudiado sobre la enfermedad, descubriendo un remedio maravilloso.

Hacía tiempo que ambos sabios se entregaban á misteriosas experiencias, en el laboratorio hidroterápico de la Universidad de Berlin.

Han inventado un tratamiento que consiste en inyecciones de una sustancia perteneciente al grupo de las safraninas.

Dicho tratamiento ha sido ensayado con éxito extraordinario sobre ratas y cerdos de la India, á quienes inocularon previamente con el virus de la enfermedad del Sueño.

Más de 1000 animales inoculados curaron rápidamente.

Todos los inoculados á quienes no se le inyectó el remedio, murieron.

Los doctores Brieger y Kranse han solicitado del ministerio de las Colonias la autorización para ir á las colonias alemanas de Africa y aplicar su remedio á los indigenas atacados de la terrible dolencia.

REGLAMENTO

DE LA

"ASOCIACION DE CIRUJANOS"

DE

PUERTO RICO

CAPITULO I

De la constitución de la Sociedad y de sus fines.

Art. 1.—Se constituye en la ciudad de San Juan de Puerto Rico una sociedad compuesta exclusivamente de Cirujanos generales y especialistas, que llevará el nombre de "Asociación de Cirujanos de Puerto Rico."

Art. 2.—Dicha Sociedad tiene por objeto el adelanto científico de la Cirujía en este país, así como la defensa de los intereses materiales de sus asociados.

Art. 3.—La Asociación de Cirujanos de Puerto Rico tendrá una Junta Directiva compuesta de un Presidente, un Vice-Presidente y un Secretario los cuales serán elejidos por votación secreta y por la mayoría absoluta de los votos. Durarán un año en sus funciones.

Párrafo único. La Asociación podrá también nombrar un Presidente honorario, de entre sus miembros, teniendo en cuenta sus altos méritos científicos. Este título será vitalicio.

Art. 4.—La Asociación de Cirujanos de Puerto Rico se reunirá el día 15 de cada mes para celebrar sus sesiones ordinarias.

Párrafo único.—En las discusiones, qne allí se promovieren, cada orador podrá hacer uso de la palabra por no más de dos veces, asignándosele un máximum de tiempo de 10 minutos para la primera vez y de 5 para la segunda.

Art. 5.—La Asociación podrá también reunirse extraordinariamente cuando así lo requieran asuntos de urgencia, y previa citación del Secretario, indlcado los motivos de la reunión.

Art. 6.—La Asociación de Cirujanos de Puerto Rico celebrará, además, una sesión solemne anual en la fecha del aniversario de su fundación. En dicha asmblea dos de sus miembros presentarán, como ponentes, un informe escrito—cada uno por separado—acerca de un tema de Cirujía tropical. Una vez leidos dichos estudios, serán discutidos por los que á bien tuvieren hacerlo. Además de los informes predichos, los miembros de la Asociación podrán presentar otros trabajos.

Párrafo único.—El tema del informe será señalado con un año de anticipación. Este será, además, escojido por la suerte, de entre los que envíen todos y cada uno de los asociados. Incontinenti, la Junta Directiva nombrará los ponentes, teniendo en cuenta la ilustración particular y experiencia de los miembros en la materia sobre que vaya á tratarse.

CAPITULO II

De los Miembros.

Art. único.—Para ser elegido miembro de la Asociación de Cirujanos de Puerto Rico es preciso reunir los requisitos siguientes:

1o.—Ser doctor en Ciencias Médicas.

2o.—Residir en la isla de Puerto Rico.

3o.—Estar en ejercicio activo de la Cirujía ó de una especialidad quirúrgica.

4o.—Tener por lo menos cinco años de práctica.

5o.—Haber escrito algún trabajo de índole quirúrgica; y en caso contrario presentar un estudio original escrito sobre un tema de Cirujía, de su libre elección.

6o.—Ser presentada su candidatura, junto con sus títulos y trabajos, por dos miembros.

7o.—Reunir la mayoría absoluta de los sufragios en la votación.

CAPITULO III

Deberes de los Miembros.

Art. 1.—Respetar y hacer respetar los intereses científicos, morales y materiales de la Cirujía en Puerto Rico.

Art. 2.—Favorecer aquellas instituciones hospitalarias del país en las cuales tengan ellos fácil acceso.

Art. 3.—Consultar la opinión de la Asociación y ajustar su fallo al de la mayoría de los miembros, en el caso de ser llamado ante un tribunal para dictaminar sobre honorarios, por trabajos ó intervenciones quirúrgicas, cobrados por un compañero, perteneciente ó no á la Asociación de Cirujanos de Puerto Rico.

Art. 4.—Todos los miembros de la Asociación de Cirujanos de Puerto Rico están oblígados, á fijar, previamente con sus clientes ó quien los represente, el tipo de honorarios en la operación que hayan de practicarles, y á hacerles firmar luego un documento donde conste su conformidad con el precio pactado, y el compromiso á abonarle el valor de la intervención tan pronto como ésta sea llevada á cabo.

Art. 5.—A mayor abundamiento, los socios tendrán en sus respectivas oficinas un ejemplar de este Reglamento, para poder mostrar á los interesados el texto de la disposición anterior, imponiéndolos, así, de que es esa una medida general adoptada para con todos sin excepción.

Art. 6.—Los miembros de la Asociación de Cirujanos de Puerto Rico no están obligados á satisfaeer ninguna cuota mensual; más en el caso de que se necesitasen recursos pecunarios para cualesquiera gastos, aprobados por la mayoría, estos se colectarán entre ellos, por iguales partes.

Disposiciones especiales

Art. 1.—Este reglamento podrá ser modificado ó ampliado cuando así lo pidieren, por escrito, las dos terceras partes de los miembros, cuando menos.

Art. 2.—Una vez aprobado este Reglamento, será firmado por todos y cada uno de los asociados que forman la Asociación de Cirujanos de Puerto Rico, en señal de unánimo asentimiento y solidaridad.

San Juan, P. R., 17 de Mayo de 1912.

Dr. R. Vélez López, Presidente; F. H. Rivero, Vice-Presidente; J. A. López Antongiorgi, Secretario; J. Avilés. L. L. Biamón, Dr. González Martinez, Jorge del Toro, Dr. F. Matanzo, Molina de St. Remy, M. D., Dr. J. S. Belaval.

NOTA DE DUELO

La Asociación Médica de Puerto Rico ha perdido á uno de sns miembros más distinguidos y más devotos de su prosperidad. El Doctor Pablo Font y Martelo, fué en la vida profesional y social un perfecto caballero, espíritu amplio abierto á las conquistas de la ciencia, que siguió paso á paso y á las esquisiteces de un trato social en que hizo resplandecer la bondad no reñida con la energía del bien obrar.

La muerte del querido compañero ha sido altamente sentida, más que sentida llorada con las lágrimas calientes del sentimiento puro, por toda la sociedad de Humacao; por toda, lo mismo por los pobres á quienes antendió con solícito cuidado en los males de todas clases, físicos y morales, que por la otra sociedad que remunera, de un modo ó de otro modo, á veces, los servicios profesionales y á la que se ha dado en llamar rica.

La clase médica de Puerto Rico, ha sufrido una desmembración sensible con la muerte del Dr. Font y Martelo. Así se demostró con la manifestación de duelo echa en Humacao con motivo del sepelio del cadáver.

El Presidente de la Sociedad tuvo noticia de la sensible pérdida el día 19 del més actual, de Agosto, por un telegrama suscrito por el Dr. Vidal, que decía así:

"Dr. Esteban Saldaña, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, San Juan.

Hoy seis mañana, falleció Dr. Pablo Font Martelo, miembro de la asociación.—Dr. Vidal."

El Sr. Presidente contestó así:

"Dr. Vidal—Humacao.

La Asociación Médica lamenta profundamente el fallecimiento Doctor Font Martelo ruega á Vd. la represente en los funerales y ofrezca familia sincero pésame."

La carencia de tiempo para otra manifestación más elocuente de pesar ante el doloroso acontecimiento, fué causa de que no se adoptaran otras resoluciones, más existe el pensamiento de que la Sociedad dedique una sesión para demostrar su aprecio por el distinguido compañero y el sentimiento causado por su separación última de nuestro Cuerpo Social.

La Asociación por medio de estas líneas envía su pésame á la familia en el más duradero de los dolores.

SECCION INFORMATIVA

REUNIÓN EXTRAORDINARIA CON MOTIVO DE LA PESTE BUBÓNICA.

Desde la asamblea trimestrar celebrada en Aguadilla el día 14 de Abril de 1912, la junta directiva de la A. M. de P. R. ha celebrado siete sesiones ordinarias y una asamblea, extraordinaria, el día 23 de Junio último. La sesión extraordinaria, convocada por la directiva, tuvo por objeto tratar del estado sanitario de la ciudad con motivo de la peste bubónica desarrollada recientemente en la población. Fueron citados todos los médicos residentes en la municipalidad de San Juan y asistieron en número de veinte y tres. Tratóse con mucha detención de aquellas medidas que deberían tomarse para evitar la propagación de la peste, y es de notar. que el punto que dió lugar á mayor discusión, fué el de evitar que se propagara la epidemia á las demás poblaciones de la isla. Las resoluciones tomadas en esta asamblea fueron comunicadas á la Junta Superior de Sanidad, siendo puestas todas en vigor por este honorable cuerpo.

LA ASAMBLEA DE GUAYAMA.

Esta asamblea que debió celebrarse en los días 22 y 23 de Junio próximo pasado fué suspendida á causa de la epidemia reinante en San Juan á la sazón. En ella, según se había avisado previamente, debería tratarse de la modificación ó reforma del reglamento de la asociación. La A. M. de P. R. hizo un reglamento en los momentos de la convención, el cual ha sido ya modificado diferentes veces. Estas modificaeiones no han sido compiladas y de aquí que la asociación no tenga actualmente reglamento definido. Una buena reglamentación es de imperiosa necesidad para el gobierno de la sociedad, para poder ultimar la afiliación de ésta á la asociación médica americana, y para la legalización de las leyes de Puerto Rico.

ASAMBLEAS TRIMESTTRALES.

La junta directiva ha acordado suspender las asambleas trimestrales que se venían celebrando en distintas poblaciones de la Isla, por entender que estas asambleas deben celebrarlas las sociedades de distrito, debiendo celebrarse, solamente, una asamblea anual de la A. M. de P. R.

CASA DE LA ASOCIACIÓN.

Al fin se ha realizado el pensamiento por tanto tiempo acariciado de dar á la sociedad un hogar, una casa propia donde establecer sus oficinas y celebrar todas sus reuniones, lo mismo de la junta directiva que las asambleas reglamentarias.

Por medio de un convenio muy conveniente y económico celebrado con la Fraternidad Escolar, podemos disponer de una sala confortable, en la calle de la Fortaleza número 6, así como de otras dependencias necesarias.

La casa y las oficinas quedan á disposición de todos los miembros de la sociedad y en ella encontrarán los compañeros que residen eu la isla en sus viajes á la capital un hogar apropiado donde descansar de las faenas del año, y despachar correspondencia y cambiar impresiones con los compañeros.

NOTAS PERSONALES

Nos complace saber el regreso á esta ciudad del doctor Don Esteban García Cabrera quien por algun tiempo se encontraba en los Estados Unidos recuperando el estado de su salud. También regresó con este distinguido médico su hijo mayor que acaba de graduarse de doctor en Medicina en la Universidad de Pennsylvania.

Después de una larga temporada de ausencia, ha regresado del Norte donde hizo varios estudios de laboratorio y visitó algunos de los más importante hospitales de New York, el distinguido médico cirujano de esta ciudad, Dr. R. Vélez López.

El distinguido médico oculista Doctor Francisco Matanzo, se ha despedido de esta ciudad, por una larga temporada embarcando para España el próximo mes pasado.

El doctor Mayoral oficial de Sanidad de Yauco ha pasado varios días en esta ciudad estudiando la epidemia reinante en los laboratorios de la peste.

El oficial de Sanidad de Mayaguez Doctor L. García de Quevedo ha pasado una semana en San Juan en asuntos de su profesión.

La distinguida doctora Señorita Ana Janer Palacios, auxiliar del Staff del manicomio se encuentra disfrutando de un mes de vacaciones.

Ha regresado de los Estados Unidos la distinguida doctora Josefina Villafañe fijando su residencia en Yabucoa.

El doctor Pedro Ramos Casella oficial de Sanidad de Caguas nos ha visitado en la semana pasada, haciendo estudios durante su permanencia en esta ciudad sobre la peste bubónica.

Ha contraido matrimonio el doctor A. Blanes con Doña Maria Cabrera fijando su residencia en Añasco.

El doctor J. Barreras de Juncos ha pasado varios días en esta ciudad.

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.
ORGANO OFICIAL

Publicado Mensualmente bajo la dirección de la Junta Directiva.

IX SEPTIEMBRE DE 1912 Número 84.

MEDICINAS PATENTES.

POR EL DR. J. GOMEZ BRIOSO

No es nuevo oir las quejas que formulan los compañeros en contra de las medicinas patentizadas. No precisamente por que ellas sean rivales del médico en el ejercicio de la profesión cuanto por el daño que pueden causar y causan á la humanidad doliente. Un preparado de esta naturaleza puede originar más estragos en un organismo debilitado que la misma enfermedad. Los medicamentos "cúralo todo" que tienen gran predicamento entre las clases sociales todas, han tomado carta de naturaleza en la sociedad aprensiva y será muy difícil corregir el mal que ellos representan entre los otros males que afligen á la humanidad.

No abordamos la discusión de este tema con la vana esperanza de dominar una situación que sabemos bien que es mal que tiene hondas raices y que sería impcsible descuajar, porque la verdad se abre paso siempre dificilmente, y que, si estudiamos á fondo esta cuestión por demás importante resulta que tiene la clase médica alguna participación y responsabilidad en el desarrollo enorme á que llegó en nuestro pais el crédito de la medicina patentizada.

La prensa periódica ha contribuido por mucho al vuelo que ha alcanzado el negocio divulgando á diario con sus innúmeras voces las excelencias de las preparaciones medicinales, los verdaderos milagros por ellas hechos resucitando *cadáveres* prestos á entrar en el seno de la tierra para devolverlos á la vida, sanos, libres de una tuberculosis pulmonar, de una enfermeda renal, de un cáncer perturbador, de una lesión de esas ante las cuales se ha declarado la ciencia poco menos que impotente para vencerlas.

El anuncio en todas sus formas, las más hábiles, las más costosas, las más sutiles é ingeniosas se ha encargado de llevar á la misma vera del lecho de un "deshauciado", la esperanza de una pronta y segurísima curación. Bajo este aspecto moral es cierto que ha merecido el frasco adornado, lleno de dorados y colorines atractivos y sugestivos un aplauso, pues es innegable que ha arrancado á la faz de un desesperado un rayo luminoso de esperanza en más de una ocasión.

La medicina secreta, aquella que no dice cuales son sus componentes, aunque sí, pomposamente, cuales sus virtudes curativas, es la traidora, la que mayores extragos ha hecho en la humanidad y la que por la misma circunstancia del *misterio*, es que con mayores facilidades adquiere

mayor popularidad y arraigo en el crédito público. Sumamente fácil sería, si hubiéramos de entrar á fondo en el estudio de esta cuestión que es importantísima, hacer una enumeración de los medicamentos oficiales usados en Puerto Rico, marcando, desde luego, aquellos que han alcanzado un arraigo indestructible. Ya podrían contra ellos desencadenarse todos los elementos de combate que no lograrían hacer en su daño, que sería beneficio público, sino detener momentaneamente su consumo; pero nada más.

Ello, no obstante, al médico corresponde, porque es deber suyo, y mucho más de las asociaciones médicas, advertir al público los peligros que se siguen del uso inconsciente de tales medios de tratamiento, señalando en cada caso esos peligros, y, si posible, divulgando el conocimiento funesto, determinado, de los daños que pueden ocasionar. La tarea es penosa, es difícil; pero debe ser acometida y conducida con teson y energía.

No es seguramente una enfermedad social característica de nuestro país, esta de que nos ocupamos en este artículo. Lo es de la especie humana crédula y supersticiosa y de todas las sociedades por muy perfectas que sean. Quizás en Puerto Rico se ofrezca con formas grotescas y ampulosas más que en otras partes; pero en todas partes existe. Ella con las *degeneraciones* y *abusos* del conocimiento espiritista, con las explotaciones de la ignorancia, con la influencia decidida del curandero en un país donde todo el mundo es médico al punto de que á los mismos médicos se ofrecen por sus buenas amistades remedios caseros para aliviarles ó curarles en sus enfermedades propias; esta endemia que se trata y cura con los polvos de la uña de la gran bestia pagados en *voz baja* á los proveedores del *precioso y rarìsimo* medicamento á precios fabulosos, es de extirpación muy difícil, pues en cada enfermo crónico desesperado hallará un obstáculo insuperable. Mas, repetimos, es obligatorio para la clase médica, obligatorio por su iniciativa é intervención, para las leyes del país, oponerse al uso inmoderado y abusivo de tales medios de curación, y ningún recurso mejor, ningun medio más seguro que el estudio de cada uno de esos *paquetes* que van predicando por el mundo de los ignorantes cuales son las *virtudes*, la *acción misteriosa* de los polvos, líquidos, pastas, que encierran en sus *vientres* que ocultan con anuncios llamativos; así como la propaganda metodicada de los *males*, de las *muertes*, que ellos pueden ocasionar.

Uno de los aspectos que hemos presentado en estas recomendaciones está bien tratado en un artículo de una revista americana, al ocuparse de una ley aprobada en la última sesión del Congreso de Washington, no obstante que no ha sido anunciada con trompetas, siendo una de las medidas legislativas de mayor importancia bajo el punto de vista del bienestar público. El articulista se expresa de este modo:

Hace seis años aprobó el Congreso una Ley de drogas y alimentos puros. Ella, entre otras cosas, prohibía las marcas fraudulentas de las drogas y medicinas y que habría de considerarse "marca falsa", cualquiera que contuviera una declaración "falsa ó errónea en cualquier particular".

El negociado encargado de velar por el cumplimiento de la ley interpretó la cláusula como prohibitiva para imprimir en la etiqueta de un paquete contentivo de una droga, cualquier manifestación relativa al poder curativo de la indicada droga, "falso ó erróneo en cualquier sentido".

La corte suprema de los Estados Unidos, decidió, sin embargo, que semejante interpretación no era exacta. Al efecto de dicha decisión no era

completamente ilegal hacer una solución acuosa de azucar y venderla como curativa del cancer, de la tuberculosis ó de la lepra.

Con este motivo Swagar Sherley ha obtenido la aprobación de una ley que adiciona la de alimentos y drogas puros, prohibiendo el uso de "toda declaración falsa ó fraudulenta respecto *al efecto curativo ò terapeútico*" en la etiqueta de un paquete de una droga. Esta ley supone un gran paso de avance. Ella presta decidida protección al público en contra de los vendedores de medicinas secretas y patentizadas á quienes dió rienda suelta la corte suprema de los Estados Unidos para regar en el exterior sus mezclas peligrosas é inútiles bajo el reclamo de su poder curativo.

Estamos bien seguros, sin embargo, que apesar de ser la ley tan buena como es, no producirá los resultados apetecidos en toda su amplitud y en todo su alcance. Es probable que evite ó impida los casos más flagrantes de fraude ó engaño; pero, á nuestro juicio se hará necesaria una prohibición más radical para proteger la salud pública como debe serlo. La "*curación*" de ciertas enfermedades determinadas está reconocido por la medicina moderna que es tan limitada que no existe en la práctica. A nuestro entender solo hay dos drogas que se admitan generalmente como remedios "específicos" para ciertas enfermedades.

El peso de la prueba recaerá sobre el propietario de la mezcla medicinal quien habrá de demostrar que sus razones sobre el poder curativo de la droga para las enfermedades no son falsas y fraudulentas. No hay necesidad de que haya de figurar el reclamo del poder curativo de una preparación medicinal en el anuncio de la misma, y desde el punto de vista del bienestar público todo está en favor de que dicho anuncio sea necesario. Más llegará el tiempo en que dichos reclamos en el anuncio sean absolutamente ilegales.

Mientras tanto la ley tienda á proteger de esa manera los intereses públicos, será bien que el esfuerzo de las clases interesadas primariamente en la materia se decidan á dar la batalla á los que, no solamente dañan ó comprometen la salud del pueblo, sino que invaden un campo que no les pertenece."

No solo es el médico el primer interesado en esta cuestión; lo es tambien el farmacéutico, moral y materialmente No mencionando cierta clase de preparaciones que son bien admitidas por el médico, puesto que equivalen á la preparación oficinal de una prescripción facultativa, ni otras que por las condiciones en que se hacen representan para el médico práctico una garantía en cuanto á la facilidad y prontitud de adqusición, la venta de las medicinas patentizadas está socavando de mala manera los cimientos de la profesión farmacéutica, por cuanto que habría de llegar el día en que no necesitaran de otros medios ni conocimientos para el ejercicio de la profesión que los puramente mercantiles, reducidos á cambiar por dinero la mercancía que recibe de la droguería.

Desde luego que este criterio fué el que obligó á una compañía de Chicago, *The Economical Drug Co.* á anunciar en sus vidrieras su oposición

á la venta de preparados medicinales, ofreciendo á la consideración del público las dos figuras que reproducimos á continuación y que son por demás elocuentes.

Resultado usual de la Zarzaparrilla Hoodwink ó de cualquier otra.

MEDICINA SECRETA

ANTES DE USARLA DESPUES DE USARLA

No tome usted medicinas secretas patentizadas. Casi todas son fraudulentas y puro charlatanismo. Consulte á un médico cuando se sienta malo y haga lo que le diga. Ese es el único medio recto y el que en definitiva le saldrá más barato.

Esa misma compañía puso en el escaparate de su farmacia el siguiente anuncio:

SIRVASE NO PREGUNTAR

¿CUAL ES | LA MEDICINA PATENTIZADA | MEJOR?

Porque nos pone en un compromiso, pués la respuesta honrada debe ser, NO HAY NINGUNA BUENA. Si usted trata de saber cuál es su precio, entonces es una cuestión bien diferente.

Si se enferma, consulte con un buen médico. Ese es el buen camino. El le resultará al fin más barato que *medicinarse* á si mismo con medicinas secretas patentizadas sin valor alguno.

MEMORIAS DE UN MÉDICO

POR EL DR. M. QUEVEDO BAEZ

I

La vida del médico esta llena de grandes amarguras, no compensadas nunca, con las mezquinas satisfacciones, que el ejercicio de tan noble misión pudiere brindarle.

Mientras el Médico, va por el mundo, como un sacerdote, dispensando el bien, ejercitando la caridad á manos llenas, aliviando el dolor de los que sufren, curándolo otras y enjugando, siempre, muchas lágrimas, la humanidad, esa misma que de él recibe tan inmensos bienes, echa pronto en olvido tales beneficios, imaginándose, que aquel hombre de ciencia no realizó obra alguna sinó en funciones de la caridad.

¡Y menos mal, que del lado de la caridad, se ponga la obra del Médico! La mayor parte de las veces, las gentes juzgan á este sér de condiciones excepcionales: debe ser el único factor de la colectividad, que prodigue, sin descanso, á todas horas del día y de la noche, su trabajo, y que no reciba indemnización por el mismo. Es más: no debe descansar; debe tener músculos de acero y nervios de bronce, para que jamás, exprese su cansancio. El sueño le está vedado, como le están vedados los plácidos esparcimentos de familia.

El dolor de los que sufren llama á la puerta del Médico á todas las horas y ella debe abrise sin dilación y sin excusa de fatiga ó enfermedad, pues el Médico, tampoco, debe enfermarse y si se enferma, debe disimularlo, porque la caridad, que ampara solo á la inmensa multitud, esa no puede implorarla el infeliz profesional. La caridad es una de las virtudes teologales, que el vulgo borra de su catecismo, en cuanto dice relación con el Médico.

El debe ser un servidor obligado del publico, con un fardo enorme de deberes sobre sus hombros; pero sin ninguno de los derechos que todos los mortales reclaman, tan pronto los ven amenazados ó en peligro de ser mermados.

Si tiene familia, no crea que le pertenece: el instante más solemne elegido por élla para las expansiones naturales, propias del

hogar, no justifican, en ningún momento, la distracción que pudiera sufrir, frente á una solicitud, sea ó no ella imperiosa y que pudieran hacerle. El debe ser una planta sin raices; un hombre, con más vínculos en el arroyo, que en el seno de la familia.

"Para eso se hizo Medico", es lo que dirá el vulgo. De víctimas está lleno el mundo y ¿quién tiene la culpa de que Dios lo haya designado para llenar número en ese martirologio, consagrado por las ingratitudes de la fortuna?

Será Médico, mientras prodigue sus benéficos servicios! ¡Oh desgraciado el día, en que la rueda catalina de la máquina de hacer favores, afloje sus correas y se detenga! ¡Que no se le eclipse nunca la estrella del beneficio! Y que vaya viendo, como se desvanecen sus áuras de benefactor, en las postrimerías de una asistencia, cuando los días, en su loco correr, vayan borrando la estela luminosa de la gratitud, aquella que brilló deslumbradora, en torno de la familia, en los días de aciaga lucha contra la enfermedad! ¡Que no se le eclipse esa estrella!

* * *

¡Qué áuras de alegría y satisfacciones rodean al Médico en los días de grandes crisis de dolor y de ansiedad para la familia; cuando el familiar presa de grave dolencia, tiene comprometida su vida! Las puertas de la casa, diríase, que obedeciendo á un secreto impulso, se abren solas; los muebles sonrien al Médico; un aire de paternal cariño y devoción se refleja en todos los semblantes; hasta el lazarillo, que duerme orientalmente, tendido sobre la alfombra, mueve la cola y extiende el hocico, en señal de gratitud; el gato mismo, tan huraño con propios y extraños, estira el lomo y se siente pesaroso de no poder alegrarse; todos los labios están prontos á sonreir á la primera palabra del Médico, en señal de adhesión; muestransé propicios al halago todas las fisonomías. Un aire de general simpatía puebla el ambiente de aquella casa, donde el profesional empeña heróico combate.

Esto, desde luego, que no impresiona más allá de donde debe á los viejos espadas, á los que se han curtido ya, en esa clase de cómicas contiendas y de mentidos fingimientos; pero sí, á los noveles, que comienzan á dar sus primeros pasos, en la difícil y escabrosa senda profesional. Para ésos, cada sonrisa doméstica es una conquista y el arte de la cortesía mundana despliega, entonces, todo su lujo de detalles.

¡Que tonos delicados de color de rosa, sonriendo y dando luz á sus primeras faenas! ¡A través de que prisma más encantador, se vé resbalar la existencia¡ ¡Casi, casi, se va caminando, sin sen-

tirlo, sobre un campo cubierto de flores y se piensa, que se está sobre la gloria misma.

Los viejos espadas, no dan un paso sin talar; temen pisar sobre aquel lecho de flores, porque la triste experiencia de mejores días, les enseñó, que bajo ellas se oculta, las más de las veces, la espina punzadora del engaño y de la falsía. Saben ellos, que aquellas flores, durarán frescas y lozanas, breves días. Cuando el enfermo salga de su crisis de gravedad, las flores empezarán á palidecer y á morirse de indiferencia. Ellas son imágen de la flor de un día que apenas abiertas á la vida, el cierzo de la ingratitud y del olvido, marchita y deshoja!

A medida que los días van corriendo y marcha hacia su fin el enfermo, se van sintiendo mustios y rígidos los semblantes. Pero hay una gama inmensa de sorpresas preparadas, para cuando la tarea concluya.

Pueden suceder muchas cosas: la más lisonjera es, que el enfermo cure. Si asi sucede (y esto siempe, después que el Médico ha apuntado al blanco de los honorarios) no faltarán promesas que cumplir, á algún santo protector ó habrá que recordar siempre, los buenos oficios de algún medium espiritista, que durante las ausencias del Médico, santiguó el vientre del enfermo ó le endilgó algún brevaje de hierbas de la India, &. &.

Líbrelo Dios, de una de esas enfermedades de curso largo y á la vez, obscuro, casos empecatados, que parecen preparados para probar la paciencia del pobre Médico! Entonces ocurre, que se ponen en parangón la mar de intereses y hasta puede sucecer, que se le embote la punta al lápiz, con que se marcan, detrás de una puerta, las visitas, que vaya haciendo.

Puede el profesional, entonces, desplegar una gran actividad y estar haciendo consciente labor científica; pero la duda, la desconfianza, empiezan á ser una gran fuerza, puesta frente á él y, entonces, es que comienza su verdadero viacrucis.

La desconfianza de los familiares hácia el Médico, es cosa, que el hábito de interrogar á la Naturaleza, le muestra á las primeras de cambio, á su clara perspicacia.

¡Y no es nada, eso de que el Médico pierda la confianza! ¡Esa es la brújula mejor de orientación, que puede guiarle. Podrá tener gran caudal científico; tener en su abono una gran experiencia; tener muy despiertos sus sentidos médicos y tener á su favor, las ventajas todas, que son garantía de éxito en un Médico; pero, desgraciado de él, si por su fortuna, la fuerza de la confianza, que debe ligarle con la familia, se resiente ó llega á perderse!

¡Si hay algún vínculo moral íntimo y poderoso, de verdade-

ra fuerza sugestiva, ese es la confianza, que inspire el Médico no sólo al enfermo, sino también á los familiares todos.

La Terapéutica con todo su poder científico, no irá más allá de los libros, donde se contiene en simbólicas fórmulas, si la confianza, esa Diosa del éxito, no sirviera en su copa de oro, las pócimas que el Medico prescribe. Tal es su fuerza sugestiva, que cuántas veces, donde no existió la medicina y sí la simulación, triunfó ésta sólo porque al enfermo, se le sugestionó con el nombre de un medicamento!

Cuando un Médico entra en una casa, por la gran puerta de la confianza, el Dios éxito se coloca á su lado. Cuando esa puerta se cierra, la toga profesional, está á punto de caer rota y desvencijada.

UN CASO DE PLACENTA PREVIA

TRATADO POR LA OPERACION CESAREA

POR EL DR JORGE DEL TORO

El caso á describir fué operado en la madrugada del 21 de Mayo de 1911. Lástima que no pueda publicarse una historia precisa, dado á que las historias clínicas del departamento de partos del hospital municipal han desaparecido, y solamente queda del presente la anotación concisa del libro de operaciones.

A. C., Sala de Partos; operada á la una de la madrugada.

Diagnóstico; placenta previa y justo minor pelvis.

Tratamiento; operación cesaréa. Cirujano, J. del Toro, auxiliar, J. S. Belaval.

Anestesia; cloroformo por el practicante C. Segnet.

De todos modos, memorizando, el caso fué el siguiente: Ingresó la paciente en el Hospital con diagnóstico de parto y hemorragia. Era una mujer joven, color blanco, primípara, casada y se encontraba en el primer estado del parto; presentación, O. D. A. Dice haber tenido abundantes pérdidas de sangre en su casa. La mesura de la pelvis demuestra una pequeña disminución proporcionada de todos sus diámetros. El cuello uterino se encuentra bastante adelgazado empezando la dilatación. La placenta se encuentra por encima y por todo el alrededor del cuello hasta donde puede alcanzarse con el dedo; el exámen produce una hemorragia profusa. Llamé en consulta al Dr. Belaval, y nos decidimos por la operación cesárea, la que fué practicada inmediatamente, empleando la técnica corriente, suturando el útero y pared abdominal sin drenage. El feto, varón de término, con varias vueltas del cordón al cuello. Su desarrollo era deficiente, su sangre no llegó á oxigenarse debidamente, falleciendo á las pocas horas par asfixia lívida. Tenía labio leporino y hendido el paladar blando y óseo. La madre hizo una convalecencia sin el menor incidente. Su temperatura fué normal, excepto el segundo ó tercer día en que subió dos dé-

cimas. A los quince ó diez y seis días se encontraba andando por el salón.

Consideremos entre el tratamiento seguido en éste caso y el accouchement forcé por versión podálica que de otro modo se hubiera hecho imperativo, y veremos sin necesidad de gran discusión las ventajas de la operación cesárea. Desestimemos la pequeña contracción pelviana, consideremos que ésta no hubiera sido impedimento para el alumbramiento por las vias naturales, y aun así, igualando las circunstancias, la intervención por la vía abdominal debe tener el primer puesto, y demostramos con éste caso una nueva indicación para la operación cesárea, qne si bien es verdad que se ha sugerido ya hace tiempo, no se le ha dado toda la importancia que merece. En el presente caso se trataba de una placenta previa central, y el tratamiento por la cesárea no pudo ser más satisfactorio. La muerte del hijo no debe atribuírsele á la intervención.

PERITONITIS DIFUSA CONSECUTIVA Á PERFORACIÓN INTESTINAL

POR EL DR. J. AVILES.

N. N., de 7 años de edad, de color trigueño, constitución física regalar y residente en la jurisdición de Toa-Baja.

ANTECEDENTES

El paciente se encontraba en la tarde del dia 22 de Agosto del corriente año jugando con una garrocha. En uno de sus movimientos, durante el juego, sufrió una caida, penetrándole en el vientre la punta de la garrocha por la parte izquierda é inferior. El lesionado fué conducido al islote del Lazareto, por que este sitio era el más cercano al lugar del accidente.

El practicante de dicha institución prestó al herido los primeros auxilios, haciéndole una cura provisional.

Los padres del niño no le dieron al caso, la importancia que revestía el accidente y se conformaron con la curación prestada de momento.

En la madrugada del día 23 ó sea al siguiente día fuí avisado para ir á ver al lesionado, manifestándoseme lo ocurrido en la tarde del día anterior y la condición grave en que se encontraba el herido. Hube de darme buena cuenta del cuadro que iba á presenciar y no me molesté en llevar medios quirúrjicos sin reconocimiento del sujeto.

Efectivamente, mi sospecha no quedó sin confirmarse; reconocí al niño, encontrándole con una fascie cadavérica, pulso 170 sumamente débil, respiración 40 por minutos, vientre timpanizado, y muy sensible al dolor, el meteorismo bien marcado y temperatura de 39·8. Refirióseme que habia vomitado en distintas veces.

En su aspecto exterior, presentaba una herida punsante en la región inguinal izquierda, derramando por el punto del centro un líquido turbio amarillento.

DIAGNOSTICO

Peritonitis aguda de origen traumático-infeccioso.

Cumpliendo mi deber, expuse á los familiares la gravedad del caso, haciéndoles saber que aconsejaba como único recurso hacer una intervención quirúrgica aunque sin darles esperanza alguna de éxito operatorio.

Los padres vacilaron para autorizar ó no la operación; pero finalmente resolvieron que se practicara.

El paciente fué trasladado al hospital municipal á las 9 de la mañana del día á nuestra visita.

OPERACION

Después de preparado el campo operatorio con sujeción á los preceptos modernos, procedí con un ayudante, el Dr. Vallecillo, á practicar una incisión oblícua como de 10 centímetros de longitud, tomando como centro de la incisión el orificio de la herida. Dividido el plano de la fascia muscular y separada las fibras de los oblícuos, procedí á dividir la fascia transversal y el peritóneo. Encontramos el colon sigmoideo perforado, interesando la pared anterior y posterior del asa intestinal En la cabidad abdominal y en el sitio de la perforación, se encontraron materias fecales esparcidas, Los intestinos aparecieron cubiertos de una capa blanca fibrinosa en gran extención. Mi intención fué hacer la recepción del intestino perforado y luego la anastomosis, por medio del botón de Murphy, desistiendo de tal propósito dado el estado de gravedad del paciente, el que no creíamos pudiera salir con vida de la mesa operatoria. Artificialmente se sostenía con vida, aplicándole inyecciones estimulantes y de suero salino durante el proceso operatorio. Para abreviar tiempo y conseguir que no falleciera en la mesa de operaciones, practiqué rápidamente una enterorrafia, poniendo dos planos de sutura, el primero con seda y el segundo con catgut simple, por el procedimiento de Lembert. Se hizo una contra abertura á unos cinco centímetros hacia abajo de la incisión para establecer un drenaje con un tubo de goma, cerrando los diferente planos de la fascia y músculos y estableciendo otro drenaje de gasa en el centro de la incisión principal. Cuatro puntos de sutura se tomaron en los bordes de la piel, para unir esta.

TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

Durante las primeras 24 horas: posición de Fowler en la cama

y proctoclisis contínua por el procedimiento de Murphy. Aplicación constante de hielo sobre el vientre; inyecciones de aceite alcanforado cada 4 horas y dieta absoluta.

Estado del enfermo el día 23 por la noche: 8 P. M., temperatura 38-5, pulso 146, respiración 40. A las 10 P. M. tuvo vómitos verdosos, pasando toda la noche delirando.

Dia 24. El tratamiento lo mismo que el día anterior. Estado del enfermo á las 8 A. M., temperatura 39-5, pulso 140, respiración 38. Una inyección de cafeina se administró á las 12 M. por encontrarse el pulso sumamente débil. A las 8 P. M. tuvo un movimiento intestinal, siendo el carácter de la excreta de consistencia líquida y de color amarillo verdoso con partículas grumosas. La temperatura de la noche oscila entre 39, pulso 140, y respiración 36. El vientre timpanizado.

Dia 25. El paciente no cambia en su estado de gravedad. El pulso 140 sumamente debil, respiración 36 y temperatura 39·8.

El tratamiento no se cambia en nada, haciéndose necesario aplicarle un gorro de hielo á la cabeza por observarse fenómenos de meningitis. En este día el paciente tomó algunas cucharadas de agua albuminosa con unas gotas de brandy. A las doce del día se hizo preciso aplicarle una inyección de cafeina. La temperatura de la noche arrojaba 39·5, pulso 140, respiración 39. En la madrugada del día 26 tuvo varios vómitos de color verdoso.

Dia 26. Se le cambió el apósito de la herida, restableciéndose nuevo drenage de gasa. El tubo de goma que sirve como drenage, derramaba un líquido grumoso de color amarillento, observándose que el diámetro del tubo era pequeño para efectuar el drenage eficazmente. Para obviar esta dificultad, hice uso de una geringa de cristal que adaptaba al extremo del tubo de goma, aspirando de esta manera gran cantidad de líquido de la cavidad abdominal. La temperatura á las 8 A. M. oscilaba en 37.8, pulso 130, respiración 42. Durante el día, tuvo varios accesos de vómitos de color verdosos amarillentos. Se continúa con el mismo tratamiento. El estado general del enfermo se considera desfavorable á pesar de observarse una remisión de la temperatura. La respiración alcanza á 46 por minuto. Rehusa tomar alimentos de agua albuminosa y ni siquiera agua. Por la tarde el vientre se encuentra bastante timpanizado y se hizo necesario aplicarle una enteroclisis de glicerina y trementina. Por la noche mejora su estado general moviendo los instestinos varias veces. Por la madrugada del día 27 tuvo vómitos amarillentos.

Dia 27. A las 8 A. M., temperatura 38, pulso 120, respiración ;. No se hace cambio alguno en cuanto al tratamiento.

La curació del día 27 se practica de la manera seguida en el día anterior, empleando la jeringa de cristal para aspirar líquido de la cavidad abdominal. Este día lo pasó relativamente mejor no obstante de haber cambio en la temperatura, pulso y respiración. Dia 28. Desde esta fecha empieza á observarse una mejoría marcada en el estado general del enfermo, siguiéndose el mismo tratamiento excepto las inyecciones de aceite alcanforado que fueron suspendidas. Establécese una dieta de agua de cebada con partes iguales de leche. Las curaciones se continúan en igual manera hasta el fin de la segunda semana en que se suspende el drenage por el tubo de goma. La proctoclisis es continuada hasta el final de la tercera semana. El hielo al vientre se mantiene durante toda las tres semanas después de la operación. La dieta se altera por leche y grog al final de la tercera semana. El efermo entra en franca mejoría al principio de la cuarta semana; su temperatura era normal, pulso 88, y respiración 24.

El niño fué dado de alta el 28 de Septiembre después de cicatrizar la herida de la piel por segunda intención.

Conclusiones: Este caso demuestra, primero; que en toda herida penetrante de vientre, se debe intervenir quirúrgicamente sin vacilación alguna; segundo, no se debe vacilar en la intervención por grave que sea el caso, y por generalizada que sea la peritonitis. Tercero, que hay que reconocer el tratamiento de Fowler y Murphy en las peritonitis por graves que sean, como de un gran valor curativo y que podemos decir el único hasta aquí conocido. Debemos añadir que la proctoclisis saviamente aplicada es el único agente mecánico que tenemos en nuestras manos, para conseguir que una gran cantidad de solución normal salina se absorva por el recto y se elimine junta con las toxinas, por el aparato renal.

No he de terminar la reseña de este caso clínico quirúrgico, sin dejar de mencionar que la cavidad abdominal se limpió cuidadosamente en toda la parte del foco infeccioso y que los intestinos fueron completamente despojados del exudado blanco-fibronoso que les cubría.

Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico.

SUSCRIPCION . . . . 3 Dollars por año.

LUNES 30 DE SEPTIEMBRE DE 1912.

EDITORIAL

Existe entre nosotros cierta marcada tendencia al pesimismo, sin que haya causa verdaderamente justificada para tal proceder. Si atendemos á los clamores de unos cuantos que consideran á nuestro pais como uno de los más desgraciados entre los de los planetas habitables, y si escuchamos sus constantes exclamaciones en este sentido, vertidas en todos los momentos, por inoportunos que para el o sea, habremos de creer y confesar nuestra extremada debilidad é inutilidad para alcanzar el éxito de la vida, que, en este batallar intenso de los tiempos actuales, constituye la suprema aspiración de los individuos y de los pueblos. No puede lograrse éxito en empresa alguna, si de antemano se piensa en el fracaso, y á este se llega con toda seguridad, cuando nos entregamos incesantemente á pesimismos, que bien pueden tacharse de vergonzosos.

Algunos de nuestros más fundamentales problemas político-sociales se han resuelto tan inopinadamente, que, quizá. por esta razón, no se han producido en nuestro país las violentas sacudidas y hondas perturbaciones que han trastornado y aún trastornan á otros pueblos, haciéndolos derramar copiosas lágrimas y grandes torrentes de sangre, sin que muchos de ellos hayan podido llegar todavía á la solución de estos grandes problemas que afectan á la esencia de su libertad misma.

Esto, que, en verdad, acusa una falta de intervención de nuestra personalidad en los actos realizados para alcanzar tal solución, lo juzgan algunos como una gran desgracia, mientras que para otros aparece como una exagerada fortuna. Ello es, que nos ha quitado de encima hondas preocupaciones y nos ha allanado el camino en la senda del progreso y de nuestro bienestar futuro.

¿Podremos recabar algún día el libre y soberano derecho de solucionar todos los problemas que afectan la vida de nuestro pueblo? ¿Cuál será nuestra conducta para obtener la cristalización de tan hermoso ideal?

Alejado de nuestro pensamiento, y separado de nuestra obra todo lo que concierne á los deberes de relación internacional, bien podemos consagrarnos atentamente á la vida interna de nuestro país, aprovechando toda intervención, por pequeña que parezca, en nuestros propios destinos; procurando no eludir las graves res-

ponsabilidades que de aquella intervención se deriven, tendiendo nó á reconstruir, sino á cimentar los fundamentos de nuestra pequeña patria.

No hay que despreciar lo viejo, pero necesitamos abrir paso á lo nuevo. La civilización inexorable, no permite oposición alguna al desarrollo de la vida de los pueblos y mucho menos á todo aquello que signifique progreso, libertad y riqueza.

Esto que constituir puede la felicidad de un pueblo, sólo ha de lograrse por el desenvolvimiento de nuestras fuerzas activas, inteligentemente dirigidas hácia un fin nacional. Está ennuestras manos llegar á este fin, contribuyendo al desarrollo de los tres principales medios que sirven de base al engrandecimiento de todo país: la extensión y aumento de las vías de comunicación; la difusión de la instrucción pública, bajo un sistema completo de enseñanza práctica, dando especial preferencia á aquellos conocimientos prácticos indispensables para el fácil manejo de los instrumentos y productos que para comodidad de la vida nos está proporcionando constantemente la industria moderna, y como medio más fundamental que los dos anteriormente enumerados, tenemos la higiene que debe propagarse y difundirse en todos sus aspectos.

"Mientras tengamos hombres débiles y sociedades enfermas—dice un concienzudo autor—mientras se tenga en el descuido y olvido la higiene doméstica y la higiene moral, habremos de sufrir el desprecio de los grandes. Precisa vigorizar los órganos, mantener la salud pública en su más alto grado de perfección, tener ornato, limpieza, aguas puras y alimentos buenos. Sólo contando con hombres sanos, con mujeres pulcras, y con niños saludables, podremos tener moralidad, obreros hábiles, madres fecundas y una comunidad digna de orgullo."

Las cuestiones y problemas de higiene en Puerto Rico van desenvolviéndose, á nuestro juicio, de una manera en cierta parte anormal, habiendo una razón importantísima que explica esa anormalidadad.

No podemos participar del concepto que "los paises nuevos considerados materialmente, son, más que realidades aventuras que pueden prosperar y pueden malograrse", porque entendemos firmemente que todo país nuevo está llamado á prosperar siendo como es más fácil adaptarlo á las ideas modernas, siempre que á esta adaptación preceda, como es natural, una observación detenida y juiciosa de sus condiciones.

Pruébalo el hecho de que cuando se ha querido implantar un sistema, para llevarlo á la práctica, en cualquiera de los ramos de la Administración pública de acuerdo con los recientes conocimientos

científicos, se ha confiado, al estudio de una comisión *técnica* que ha preparado, con eficacia é ilustración las Leyes y reglamentos, que más tarde sirvieron para encausarlo.

Así lo hizo la República Argentina, al querer perfeccionar su sistema de enseñanza. Confió ese trabajo á notables médicos y pedagogos, que estudiaron concienzudamente este importante asunto en los paises más adelantados del mundo, formando una recopilación brillante de los mejores métodos y de su adaptación á las condiciones del país, sometiéndolos á la legislatura, que los aprobó en todas sus partes, convirtiéndolos en leyes que se cumplen con el aplauso y orgullo de todos, no solo por lo beneficiosos que para ellos resulta, sino también por el convencimiento íntimo de poseer uno de los mejores métodos de enseñanza que hoy se conocen.

Otro tanto ha sucedido con sus métodos sanitarios, estimándose como modelo su plan profiláctico anti-palúdico.

No ha precedido esta labor en Puerto Rico al proyectarse la ley de sanidad vigente; esto, no obstante, el servicio de sanidad últimamente establecido en nuestro país, significa un grado de adelanto para el mismo, no dejando, sin embargo, de reconocer los defectos de su organización, y las graves dificultades que trae consigo el exceso de centralización que se le ha querido dar por ministerio de aquella ley; pero, no entra en nuestros cálculos, abordar tamaña cuestión, que nos llevaría muy lejos, y nos apartaría de nuestros deseos.

Sin ser la beneficencia pública una rama de la sanidad, y constituyendo aquella un servicio completamente independiente, existe, no obstante, tan íntima relación entre una y otra, que la sanidad no puede cumplir la alta y noble misión que le está encomendada, si el servicio de beneficencia pública no obedece en su organización, á un plán racionalmente científico, que concurra con aquella á dar más eficiencia á la labor en pró de la salud de nuestro pueblo.

El servicio de beneficencia para que resulte efectivo, tenga una realidad científica, y no una farsa médica; para que sea, á la vez, caridad piadosa, y no signifique una inversión económica, inútil y sin fruto, debe hospitalizarse.

Esta hospitalidad conviene que sea general para toda la Isla, pudiéndose adoptar, desde luego, el plán trazado por Mr. Willoughby en su proyecto de Ley referente á la sanidad pública de Puerto Rico, presentado á el Consejo Ejecutivo, en 28 de Febrero de 1908.

Bajo dicho plan, debía crearse un hospital central establecido en San Juan, seis hospitales de distrito situados en las cabeceras de distrito, y un hospital local en cada pueblo.

Este sistema de hospitales llenaría todas las necesidades de la Isla en escala ascendente, esto es, cada grupo estaría dotado de los medios y recursos adecuados á su funcionamiento, siendo el hospital central el que ocuparía la base de esta pirámide de salud, dotándose aquel de todo cuanto la ciencia demanda y exige en la actualidad para la curación de un gran número de enfermedades.

Es función de la sanidad moderna no solo combatir, sinó extinguir las enfermedades llamadas evitables y esto solo se consigue por medio del aislamiento del enfermo. Es pués, necesario, también, la creación de hospitales cuarentenarios que contribuyan con aquellos otros á aumentar el percentage de la salud pública.

La fácil adaptabilidad de nuestro pueblo á las ideas modernas, hace que ya no se tenga al hospital en el horroroso concepto en que se le tenía antes, considerando su estancia en él, como un verdadero castigo. El enfermo sabe hoy que constituye un peligro y una amenaza para la sociedad, y de buen grado sacrifica su libertad individual por el bien de todos, exigiéndo, como es natural, á cambio de esto, seguridad, buenos cuidados y el mayor *confort* posible en su recluida estancia.

Estos sagrados deberes de la comunidad por una parte, y por la otra, la transformación radical que los hospitales han sufrido en virtud de las ideas de Pasteur y Lister, han hecho que estén convertidos hoy en moradas de estremada limpieza y excelentes comodidades que atraen, y á veces, hasta producen una verdadera sugestión.

Para que la beneficencia pública tenga el alto valor moral que le corresponde por sus piadosos y científicos servicios; para que éstos se prodiguen dentro del órden y la economía más severas; para que se reparta por igual, sin apasionamientos ni parcialidades; en fin, para que responda con éxito al noble propósito á que se la destina, precisa, nó arrancar esta función de los municipios, de los cuales debe ser siempre tributaria, sinó entregar su dirección, especialmente en su rama hospitalaria, á una junta compuesta del Alcalde, de dos miembros del concejo municipal y de seis personas bien reputadas de la localidad, figurando dos señoras á ser posible, entre estas últimas.

De este modo, se llevaría á estos establecimietos de caridad el concurso eficaz de la mujer, aprovechando su saber, su discreción, su valor, su nobleza y su santidad. La mujer puertorriqueña tiene especiales aptitudes para esta labor, y las sociedades caritativas que ellas rigen, con tanto lucimiento, son las únicas, genuinamente puertorriqueñas, que viven y perduran.

La beneficencia pública municipal como obra de sublimidad

cristiana, tiene que interesar profundamente nuestro espíritu; y como factor de higienización de nuestro país tiene que interesarnos doblemente; no sólo por el gran valor educativo que ella representa para la colectividad, sino por la gran experiencia que puede obtenerse en el conocimiento de nuestra patología tropical al servir de escuela á nuestros médicos los hospitales creados bajo el auspicio de aquella.

Las cuestiones sanitarias absorven hoy la atención de los hombres de gobierno. Nada importa el poderoso empuje de las balas ante el incontrastable poder de la salud. Los ejércitos mejor armados son aquellos en que la salud de sus individuos vá constantemente defendida por sus directores sanitarios.

La defensa de la riqueza y de la libertad de un país está en íntima relación con la bondad de su servicio sanitario.

Comiénzase á hacer en Puerto Rico, labor sanitaria, seria é intensa, sin que por esto, olvidemos, ni tratemos de restar méritos á los Drs. Ricardo Hernández, del Valle Atiles y Tomás Vázquez, que trabajaron con fé y entusiasmo, desde sus puestos de Directores de sanidad, pero que, sin el amparo de una ley, y sin la ayuda eficaz del gobierno, tuvieron que ver defraudadas sus esperanzas, al no ser factibles sus iniciativas y sus decisiones. Afortunadamente, tenemos hoy una ley que con sus grandes y graves defectos, permite desenvolvernos, aun que estrechamente, y organizar un servicio sanitario aceptable.

Toca á los puertorriqueños dar facilidades para que este servicio se vaya organizando y ampliando de modo que sus beneficios resulten verdaderamente efectivos para nuestra salud.

Conseguido esto, habremos normalizado nuestra sociedad recibiendo de la higiene la gran influencia que tiene en la cultura de los pueblos. Habremos aumentado nuestra riqueza, porque seremos más aptos para el trabajo. Seremos felices, porque estaremos más dispuestos para el pleno ejercicio de la libertad.

Las estadísticas, entonces, de nuestro movimiento sanitario, rebosantes de salud, servirán para contestar digna y orgullosamente cualquiera increpación injusta ó caprichosa que pudiera venirnos del norte. Recordaremos y agradeceremos siempre los grandes beneficios que de la gran república americana hemos recibido, teniendo, así mismo, élla que recordar y agradecer nuestra colabaración eficaz é indispensable en tan brillante obra. Este será nuestro mayor éxito y á él debemos propender con verdadero optimismo.

OBSERVACIONES SOBRE LA EXISTENCIA DEL TRACOMA EN PUERTO RICO

POR EL DR. H. MOLINA-DE ST. REMY

En el curso de este artículo me referiré á menudo, á una parte de la comunicación del Dr. Lewis hecha á la Conferencia sobre Educación Médica y Salud Pública, en la cual tuve el honor de representar oficialmente á Puerto Rico.

Dicha comunicación se titula "Como se está conservando la vista hoy". Y trata no solamente de tracoma, sino de oftalmia neo-natorum, defectos de refracción y accidentes industriales. Pero estas otras partes, merecen cada una un estudio particular y me dedicaré hoy á la presencia en Puerto Rico del tracoma, de su peligro y de las medidas para su evitación. DICE EL AUTOR:

«Otra amenaza á la integridad de la vista es el tracoma. La importancia de esto ha sido reconocida claramente por el gobierno federal y ningún emigrante entra nuestros puertos (del extranjero) sin que sus parpados se vuelvan y su estado se examine. Su causa todavía no se conoce bien...

«Es tardío é insidioso en su desarrollo. Una masa como de granos de sagú, llena gradualmente la mucosa del fondo de saco del retro-tarso, aminorando los movimientos del párpado y dejando los ojos medio cerrados. La infección se propaga por la asquerosa tohalla de uso comúu, que aun se encuentra en algunos establecimientos antiguos y por otros medios de comunicación directa. Una vez establecida la enfermedad es excesivamente dificil de dominar».

«A pesar de los métodos enérgicos usados para evitarla parece haberse establecido tenazmente en ciertas regiones de este país (Los Estados Unidos). Las clínicas públicas de Chicago estan llenas de pacientes ostentando las deformidades á que dá lugar».

«Wilder.... ha demostrado un foco en el sur de Illinois. Se ha encontrado que las montañas de Kentucky y Tennessee estan llenas de casos de tracoma, mientras que en Oklahoma ha llegado á ser una amenaza pública"

«El Dr. White, experto del gobierno en afecciones de los ojos y especialmente en tracoma, encontró en su exámen practicado en las escuelas públicas de Pawuee, Okl. 48% afectados. De 100.000 indios personalmente examinados por él halló 70,000 afectados».

«En vista de esta estadistica parece de necesidad inmediata que se tomen medidas por el gobierno federal para reforzar los esfuersos habiles de los pocos hombres hasta ahora empleados para combatir esta enfermedad, con el fin de precisar su extensión y evitar su desarrollo».

En la discusión que siguió á la lectura de este informe el Dr. Woodruff dijo: «El tracoma debe ser una enfermedad denominable como cualquier otra enfermedad contagiosa».

Dijo el Dr. Jackson: «Entiendo que debiera toda la profesión médica ocuparse de la campaña para evitar la ceguera producida por el tracoma».

«El tracoma puede existir con tan pocas señales externas de la enferdad y sus peligros, que puede apoderarse facilmente de una comunidad

en la que se necesitarían diez ó veinte años ó quizá más para erradicarlo por el tratamiento y atención más eficaz. Pero al cuidar todos los casos conocidos, otros casos serán encontrados y la enfermedad no se perpetuará indefinidamente.

«No es posible llegar al ideal de evitar una enfermedad evitable, sin que se conozca por la clase médica el peligro extremo y la gran resistencia al tratamiento ordinario. Todo médico debe estar alerta y debe instruir al pueblo con respecto á esta enfermedad lo mismo que en el caso de vacunación para viruela».

Dijo el Dr. Wilder de Chicago: «Me parece que para conseguir algo será necesario valerse de comisiones nombradas por los distintos Estados».

Dijo el Dr. Cobb. de la P. H. S.: «Deseo decir que estamos luchando contra el tracoma, pero que me desanimo á veces, pues encontramos casos aquí en Chicago que escapan á la inspección».

Dijo el Dr. Molina-de St. Remy, de Puerto Rico: «Yo desearía decir algunas palabras con respecto á tracoma en Puerto Rico. He tenido trece años de experiencia en las Antillas y soy de opinión que no es endémica allí. El tracoma ha sido introducida allí por personas procedentes del extranjero, de España, y por emigrantes pobres de la Syria que son frecuentes por todas las Antillas. Ahora no pueden entrar más casos de tracoma á las Antillas del extranjero debido á los reglamentos extrictos de la cuarentena. *Por consiguiente todo caso de tracoma en Puerto Rico se introduce de los Estados Unidos.* Yo le hablé sobre esta materia á un funcionario en Puerto Rico y me aconsejó andar despacio, y no hice más entonces. Me gustaría tener la opinión de los miembros de esta Conferencia sobre esta fase, pues es de importancia para nosotros».

«He visto solamente un caso de panus en las Antillas, y ese fué un español anciano. Cuando el tracoma es común se encuentra panus y entropión. Es claro, que si no encontramos estas dos condiciones, tracoma no es endemica allí Yo he estado también en Santo Domingo y no he visto tracoma excepto en españoles y syrios. En San Juan, el centro de educación, tracoma se extiende rápidamente, mayormente entre discípulos de las escuelas altas. La mayoría de los niños de la clase alta están educados en los Estados Unidos en las high schools ó como profesionales He encontrado entre los niños educados en los Estados Unidos muchos casos de tracoma, y he visto algunos casos entre nativos que no han salido de la Isla, pero que han asistido escuelas en donde han estado en contacto con maestros americanos ó niños criados en los Estados Unidos antes de venir á la Isla. Pero nunca he visio un caso de tracoma verdadero en un niño que no ha estado en las escuelas. Esto es una evidencia conclusiva, para probar que no es endémica.

«He sugerido que tuviésemos, en primer lugar, inspección de escuelas, porque los casos de tracoma se pueden descubrir más temprano de este modo. En segundo lugar algún método debe usarse para examinar los niños al regreso de los Estados Unidos y todo maestro americano debe reconocerse al salir de su país para saber si tienen ó no tracoma. Me acuerdo haber sostenido alguna conversación con el Dr. Grubbs sobre los medios por los cuales las compañías de vapores podrían examinar los pobres que llegan. Pero esto es difícil de conseguir. No hay inspección contra los Estados Unidos en Puerto Rico. Los pacientes de tracoma no entran en los Estados Unidos ya, debido á los reglamentos estrictos de la sanidad ma-

rítima, por consiguiente todo caso que entra á Puerto Rico tiene que venir de dichos Estados Unidos.»

«Hemos visto á los oficiales de las compañías de vapores que van á Santo Domingo, San Thomas y el Istmo de Panamá, y ellos dicen que todo caso de tracoma es devuelto. Si un caso de tracoma viene por un vapor de una de estas compañías, ó si un infectado evade la cuarentena, esto es una de las posibles vías de introducción, pero son pocas.»

Señores: en vista de lo arriba expresado por el Dr. Lewis y los otros miembros de la Conferencia se vé que el tracoma es una enfermedad muy contagiosa, muy fácil de propagarse, difícil de conocer sin fijarse bien, muy resistente al tratamiento por enérgico que fuere, y ya bien regado y extendiéndose en varias partes de los Estados Unidos á pesar de la estricta cuarentena marítima que se mantiene contra el extranjero y la guerra que se le hace por los gobiernos de los respectivos estados.

Este gran mal se está propagando entre los habitantes de esta Isla sin que la sanidad local ni la federal hagan nada para cortarle el paso; y, esto después de haberse tomado una resolución por la Asociación Médica de Puerto Rico llamándo la atención sobre el particular.

Si no se le hace caso á esta temible enfermedad, con el tiempo, se verán nuestros pobres por todos lados sufriendo de la terrible dolencia, sus ojos rojos, lacrimosos, destilando pus, sus corneas empañadas, sus párpados doblados hacia dentro y las pestañas por su roce contra el globo del ojo, causando ulceraciones y carnosidades y tendrán necesariamente que agregarse al gran número de desgraciados que hoy mendigan por esta Isla.

Para evitar todo esto es preciso: Primero, una campaña de instrucción médica y profana sobre los síntomas, peligros y medios de curación de la enfermedad; segundo, inspección de escuelas, prisiones, asilos, cuarteles militares y barrios pobres para descubrir los casos existentes; tercero, aviso forzoso con observación médica hasta que sean certificados como curados; cuarto: cuarentena con reconocimiento contra toda procedencia donde exista foco de infección.

Sobre patología y tratamiento no podemos hacer más que citar un excelente artículo del Dr. Crigler, en el *Journal* de la Asociación Médica Americana, del 20 de Marzo del año corriente.

«Tracoma es una enfermedad de la conjuntiva, en la cual existe una hiperplasia típica del tejido conectivo......Como resultado de este proceso inflamatorio la membrana conjunctiva se reemplaza por tejido cicatricial, y poco á poco toda la conjunctiva queda destruida. Como resultado de este proceso inflamatorio crónico, se produce una atrofia general del párpado.»

«Hoy, excepto en los focos de tracoma, el desarrollo agudo es raro. El paciente típico se presenta al despacho ó en la clínica quejándose de ardor y picor en los ojos y de cuando en cuando una ligera rubincundez de los párpados con un poco de secreción, nada de lo cual lo impulsa á buscar alivio. Algunos de estos casos han durado meses antes de ser vistos; es más, el estorbo de la visión, la fotofobia asociada se ven á menudo en la primera consulta.»

«El cuadro clínico de la forma crónica es la siguiente: se nota una ligera caida de los párpados superiores, parecen un poco recrecidos y la conjunctiva parpebral de ambos presenta numerosos folículos linfáticos translucientes desde el tamaño de la cabeza de un alfiler hasta el de una se-

milla de uva. Al principio estos folículos se limitan á la doblez retro-tarsal del párpado superior, y este tiene que ser virado doblemente, mientras que el paciente mira hacia abajo, antes de poder observarse los granitos.»

«La expresión está indicada en los casos de numerosas granulaciones.»

«Dos operaciones, propuestas por Hiesrath de Konigsberg, indicadas en casos avanzados son, extirpación del cartílago tarsal superior, y otra, que incluye la membrana sobre dicho cartílago.»

«Los resultados obtenidos en los dos últimos años en más de cien casos demuestran, que estos son los métodos más eficaces para combatir la enfermedad y así han resultado un 75% de curas.»

Vuelvo, pues, á insistir que en vista de todo esto, ha llegado la hora de ocuparnos de la propagación del tracoma en éste país y combatirlo como si fuese cualquier otra plaga ó peste.

NUEVO TRATAMIENTO DEL CANCER.

DOCTOR J. MONAGAS.

No es ya solamente el tratamiento quirúrgico el que tenemos á nuestro alcance como medida para la extirpación de neoplasmas malignos. Ni son tampoco los Rayos X, ni la fulguración ni el radium los únicos agentes curativos para combatir tan terrible enfermedad. Hoy podemos dar á conocer á nuestros lectores de la profesión un nuevo agente terapéutico "La Cuprase".

El resultado obtenido por este medicamento según los informes de París, han de llamar vivamente la atención á la clase médica y seguramente será otro triunfo de la terapéutica.

He aquí un artículo muy interesante que nos demuestra el gran valor curativo de la cuprase del Dr. Gaube.

En la "Revue Moderne de Therapeutique et de Biologie" editada en París, y correspondiente al mes de Julio hallamos una observación interesante y concluyente debida al Dr. Chatiniere acerca del valor incomparable de la cuprase del Dr. Gaube du Gers como resultado de las experiencias de este profesor en el tratamiento del cancer. Hela aquí.

Sra. de 65 años. Tumor canceroso del recto, habiendo invadido secundariamente de una parte la pelvis inferior, y de otra, la pared abdominal.

Como antecedentes personales, dos embarazos; dos niños; uno muerto á los 9 años de meningitis; el otro en buen estado de salud.

La enferma extremadamente nerviosa. Sufre desde algunos años desordenes digestivos, habiendo luchado toda su vida contra una constipación pertinaz, que la obliga á hacer uso diario del clíster para poder exonerar.

En Junio de 1911 la enferma sintió los primeros síntomas del mal actual: dolor abdominal generalizado, sin localización especial, y vómitos. Esta crisis fué seguida de una debilidad y de una gran postración acentuada y prolongada; pero apesar de todo y del adelgazamiento notable de la paciente, no fué consultado nigún médico. Pasado ocho meses no hubo accidentes agudos de ninguna especie. En Mayo de 1911, después de una

larga visita á una Exposición de pinturas, se presentó una nueva crísis dolorosa, constipación y vómitos. Consultado el Dr. Chatinier ordenó el reposo absoluto en la cama, hielo sobre el vientre, y con este tratamiento los fenómenos agudos se aplacaron, desapareciendo con bastante prontitud.

El examen por el tacto vaginal combinado con la palpación reveló un tumor que se pensó fuese uterino, produciendo una compresión intestinar. Alternativas de constipación y diarrea. La enferma no gusta de guardar cama, aunque el menor esfuerzo le provoca los dolores, y atendiendo á los consejos de su médico se decide á ingresar en la casa de salud de la Magdalena, donde el Dr. Paul Delbet había de someterla á una operación liberatriz.

El 20 de Junio el Dr. Delbet examina á la enferma. El tacto vaginal le permite sentir un cuello uterino de mediano volúmen, dirigido hacia atrás, lo mismo que el cuerpo que era llevado también en la misma dirección, continuándose sin línea de demarcación con una masa enorme del tamaño de dos puños unidos, lisa, regular, dirigiéndose sobre todo, atrás y á la izquierda, sin sobresalir del púbis. El examen provoca vivos dolores espontáneos, permitiendo la inmovilidad del tumor hacer un diagnóstico de maligno.

OPERACION EL 21 DE JUNIO DE 1911

Insición vertical sub-pubiana y media: el intestino delgado echado hacia arriba; se cae sobre una masa que llena toda la pequeña pelvis, en la que nada se puede distinguir. Después de un gran trabajo, se consigue separar y aislar la trompa derecha y siguiendo su cara posterior se llega sobre el cuello uterino que se separa progresivamente de la masa, observándose que el útero se halla aumentado de volúmen, en retroversión, y aplastado, llevado hacia adelante. En este momento se puede aislar y reconocer el intestino, y constatar que el tumor descendiendo en el repliegue posterior del peritóneo háse desarrollado á expensas de la parte terminal de la S iliaca. Este tumor voluminoso sangrante, medio blando, ocupa la pared intestinal anterior. El asiento profundo del tumor, su extensión al peritoneo pelviano, y el estado de gran debilidad de la enferma, impiden el practicar una extirpación; se drena simplemente el repliegue peritoneal, esperando que la liberación intestinar será lo bastante para evitar los accidentes de éxtasis estercoral, reservando el hacer un ano contra natura el día en que se presentara la indicación. No hubo complicaciones serias de ninguna especie.

El 26 de Julio la paciente abandonó la casa de salud en perfecto estado; comía, y digería bien, y sus intestinos funcionaban á diario con toda regularidad presentando por tanto todas las apariencias de una buena curación; algunos días después salió fuera de París á pasar en el campo algún tiempo de vacaciones.

En el mes de Septiembre reaparecieron crisis de dolores, vómitos, y diarreas calificados de síntomas de infección intestinal. En Octubre el Dr. Chatiniere vuelve á ver á su enferma, bastante mejorada fuera de la crisis, pero disgustada por no haber podido reponer sus fuerzas. Se ensayaron las inyecciones de cacodilato insistiendo acerca del régimen alimenticio, con el que no se conformaba la enferma. El apetito no era bueno, y el enflaquecimiento continuaba á pesar del cacodilato.

Cerca de fin de año, las crísis se aproximaban cada vez más, haciéndose más intensa; los dolores no cesaban, y la enferma reclamaba se mitigaran de algún modo sus sufrimientos. La pequeña pelvis, que la operación había librado del tumor, se veía de nuevo invadida por él, que arrastraba al utero en su crecimiento; la constipación invencible era sustituída como siempre por crisis diarréicas.

El 15 de Diciembre, el tumor se asentaba en la fosa iliaca izquierda; llegando á la región sub-umbilical, cerca de la línea media, formando una tumoración del volúmen de una cabeza de feto á término. La alimentación se hacía dificil haciéndose necesaria la aplicación de la morfina con bastante frecuencia. Aparecieron fenómenos amenazantes de oclusión intestinal, y se pensó en la formación del ano artificial. La caquexia hacía extragos; la fácies emasiada por demás, adquiriendo cada día el tinte amarillo pajizo típico. La piel de la región umbilical se altera al nivel del sitio de asentamiento del tumor, y bien pronto una ulceración como del tamaño de un peso, y después como de la palma de la mano, venía aumentar el estado desesperado de la paciente.

En Febrero, á la caida de una tarde, sufrió una viva emoción, que produjo una pequeña emorragia arterial, que fué cohibida con la compresión, pero que dejó fuertemente impresionada á la enferma. Desde este momento la situación se grava rapidamente. La pobre enferma, en estado esquelético, cae en un estado de somnolencia contínuo, de la que no sale sino para reclamar la aplicación de la morfina, que no se la rehusa. La alimentación se reducía á un medio litro de leche, y á algúu poco de grog.

El 3 de Marzo viendo el estado desesperado de la enferma, el Dr. Chatiniere se resuelve á salvar su responsabilidad, manifestando al marido de la paciente que el fin se halla próximo, pudiendo terminarse aquella vida por el más pequeño incidente. Ninguna de las personas que se hallaban al rededor de la enferma acariciaban ilusión de mejoría.

El 8 de Marzo á las diez de la noche, se practica la primera inyección de cuprase. A la siguiente mañana, la enferma que había pasado una noche relativamente buena, se hallaba algo más animada, y sin temor á sujestión de ninguna clase se notó desde el siguiente día á la primera inyección una gran atenuación en los dolores, así como más viveza en el carácter de la enferma. La ulcera abdominal, tiende con evidencia á estrecharse. El 11 buen día, habiéndose presentado espontáneamente una deposición. La enferma después de dos días ha tomado con gusto los alimentos, sentándose en la cama.

El 18 de Marzo. segunda inyección de cuprase hallándose en este día un poco abatida. Decididamente ya el 13 se notó el buen efecto del medicamento; el tumor disminuía. y la ulceración casi se habia cicatrizado. Hubo una deposición natural, el apetito reapareció, los dolores han cesado, aunque todavía algunas gotas de laudano reemplazan la morfina. De día en día la mejoría se afirma. Regularmete cada cuatro días se la hace una inyección hasta el número ocho; desde la quinta se pudo constatar que el volúmen del tumor asemejando la cabeza fetál habia desaparecido, percibiéndose apenas en lo profundo de la fosa iliaca una pequeña masa indurada y algo dolorosa á la presión; por el tacto rectal se nota una placa indurada y circunscrita, y los tejidos de la atmósfera de su alrededor han tomado su normalidad; el dedo de la vagina halla el cuerpo uterino libre de los tejidos que le acercaban. A la octava ampolla, se pregunta uno si es

aquello realidad ó ilusión; todo el tumor se ha difuminado, quedando solamente el vientre algo timpánico, y sensible no insistiendo en la palpación profunda.

La enferma engruesa de manera manifiesta, deseando salir de paseo, y su metamorfosis es tan completa que nadie osa creer en esta resurección.

En la novena inyección, se presentó una complicación que produjo un período de entorpecimiento en el curso de la curación. Algunas horas después de puesta aquella se presentó una reacción ligeramente febril, acompañada de fenómenos nerviosos, como dolor de cabeza y delirio, y al siguiente día una diarrea profunda con cólicos llegando el número de deposiciones á 30, persistiendo ese estado.

Nuestra impresión, por falta de experiencia acerca de la crupase, es que el remedio ha sido la causa de estos síntomas, haciendo espaciar las dosis como el mismo Dr. Gaube aconseja. Pero al cabo de 7 ú 8 días, al momento de aplicar la inyección los cólicos y la diarrea son tales que preferimos esperar todavía, y de retardo en retardo llegamos á los quince días sin haber puesto de nuevo otra inyección, y apesar de esta interrupción, aunque las deposiciones fueron menores los dolores continuaban de modo inquietante. En el curso de un exámen minucioso, se observó que el vientre se hallaba menos blando, que en los días anteriores; la mano percibia al nivel de la fosa iliaca, y sobre la linea media, una tumefacción irregular que recordaba por su forma el antiguo tumor difuminado. La conclusión se imponía en vista de esto; á la cesación del tratamiento el tumor reaparecía al nivel de sus antiguos límites, de modo que haciéndo abstracción del estado de la enferma se le aplicaron dos inyecciones más con 6 días de intervalo, y al cabo de ellos notamos que toda traza de tumor habia desaparecido.

Al momento presente, veinte y dos ampollas le han sido inyectadas, continuando el tratamiento con una inyección cada diez días durante el mes de Junio: aplicándole las dos últimas cada quince días por haberse provocado en ellas una ligera crisis intestinal.

El último exámen practicado en 9 de Julio permite darse cuenta de que por la palpación del abdómen no se percibe ninguna sensación anormal; el timpanismo intestinal es todavía bastante considerable, debido quizás á la hipertrofia del utero, donde el cuerpo y el cuello se hallan aún voluminosos y replegados, que sin duda determinan ciertos fenómenos de comprensión, que se traducen por crisis pasageras de cólicos.

Nuestro plán es tal que aunque ya lo dejamos expuesto, no está demás que lo repitamos: perseguir y mantener la curación por las inyecciones espaciadas más ó menos, según las indicaciones que puedan presentarse.

Antes de terminar hemos de hacer conocer á nuestros compañeros, que esta no es sola la observación del Dr. Chatiniere, de modo que deseando como el que más cooperar á la solución del tratamiento del cáncer por la crupase del Dr. Gaube du Gers, el citado doctor puede presentar como casos que ha tratado los siguientes: un epitelioma labial; tres cánceres del estómago; un sacorma de la órbita; un sacorma de la espalda; dos cánceres de la mama; un epitelioma del ángulo externo del párpado y por último un cáncer del riñón.

Esta estadística, aunque escasa en números á la hora del presente, es por demás consoladora, atendiendo á la naturaleza de la enfermedad de que se trata, en vista del resultado obtenido en los enfermos sometidos al

tratamiento del Dr Gaube, y si como es de esperarse, se continuan las experiencias en este terreno, generalizándose á todos los paises bien pronto podremos contar con un método de éxito seguro y cómodo en su aplicación para el tratamiento de las neoplasias en general, sea cual fuere su sitio de implantación.

LA EPIDEMIA PESTOSA.

A la reconocida galantería del doctor don José S. Belaval y con la autorización del Director de Sanidad doctor W. H. Lippitt, debemos la publicación de la interesante reseña de la peste bubónica sufrida en San Juan. Comprende dicha reseña una nota breve de todos los casos habidos desde el día trece de Junio hasta el día 20 de Septiembre, en que dá fin á sus labores de competente y altísimo funcionario de Sanidad, porque pasa á la dirección del Hospital Municipal de la ciudad.

San Juan, Septiembre 20.

Hon. Director de Sanidad,

San Juan, P. R.

Señor:

Cumpliendo el ofrecimiento hecho en mi informe anual de enviar á esa Hon. Dirección una reseña especial sobre la epidemia reinante en San Juan y que comprenda el lapso de tiempo que media entre el 14 de Junio, día en que fué reportado el primer caso sospechoso de Peste Bubónica, y la fecha de hoy, en que circunstancias por V.I. conocidas, me obligan á cesar en el cargo de Oficial de Sanidad de San Juaa.

En la noche del referido 14 de junio, fuí llamado repentinamente por el Dr. Brioso, Jefe de la División de Enfermedades Trasmisibles, para que le acompañase en cierta investigación; y sin saber aún de lo que se trataba fuí á su encuentro, y le hallé en una casa al lado del ranchón "Carolina", Stop 6 y media, Pta. de Tierra, frente al cadáver de un individuo, muerto bajo circunstancias anormales. Allí me refirió que el Dr. Frías había visto este enfermo y sospechando el verdadero carácter de la enfermedad, y á indicaciones del Lcdo. Loubriel, autorizó á éste para que informase al Hon Director de Sanidad, sobre aquel caso sospechoso de Peste Bubónica.

Ante denuncia tan grave, comenzamos nuestras investigaciones, viniendo en conocimiento de que aquel cadáver era el de un joven de 18 á 20 años de edad, robusto, musculoso, que había enfermado el martes once á las diez de la mañana, aquejando cefalalgia intensa, dolor en la región toráxica izquierda, fiebre alta, náuseas y vértigos. El 12 por la mañana ó sea al día siguiente, le visitó el Dr. J. Monagas, Médico de la Beneficencia Municipal, quien diagnosticó el caso de Paludismo Pernicioso, instituyendo el tratamiento clásico; el jueves 13 le dijeron al Dr. Monagas que el enfermo seguía mejor, y en efecto él lo comprobó en su visita; pero se agravó según relatan sus familiares, la misma noche del 13, y el 14, como á las 3 y media de la tarde no pudiendo encontrar de momento al Dr. Monagas, llamaron al Dor. Frías, quien halló al enfermo en estado comatoso y preagónico, ocurriendo su muerte á los pocos instantes.

En el curso de nuestras investigaciones, averiguamos que en la casa contígua unos 10 días antes, había muerto un niño de diez años de edad, tras rápida enfermedad, caracterizada por alta fiebre, retracción de los músculos del cuello, delirio y dolor en la región inguinar derecha.

Así mismo supimos la muerte de un primo hermano del Colón llamado Santiago Caraballo, y que vivía con él en la misma habitación; y cuya muerte ocurrió en el Hospital Municipal el día 10, después de una brevísima enfermedad.

Estos hechos nos indujeron á ver aquella misma noche al Dr. Frías, quien corroboró en todas sus partes el resultado de nuestras investigaciones, y nos reiteró sus sospechas, acompañándonos bondadosamente á ver á otro enfermo llamado Miguel Llanos que él había visitado por la tarde, y á cuya casa llegamos no sin grandes dificultades, por tratarse de un bohío en deplorable condiciones sanitarias y enclavado dentro del mangle.

Era el enfermo un individuo de oficio carrero que trabajaba en los muelles y como de veinte años de edad; la madre del cual nos informó que se había sentido enfermo el día anterior, quejándose de fiebre, cefalalgia intensa, náuseas, vómitos y dolor en la región femoral izquierda; todos cuyos síntomas comprobamos, notando que dicho individuo estaba delirando y adinámico, y que el bubón era difuso, grande y muy doloroso al tacto.

El Dr. Frías nos habló así: "Si estubieramos en Caracas, afirmaría que este enfermo era pestoso; aquí donde no ha existido la enfermedad, sólo me atrevo á decir que es un caso muy sospechoso."

Recuerdo perfectamente que ante las aserciones del Dr. Frías, médico conocedor de la enfermedad, y discurriendo con mi distinguido compañero el Dr. Brioso sobre los hechos que acabamos de conocer, dije á éste: "Dr, ésto podrá ser ó no, la Peste Bubónica, pero estamos indudablemente frente á una enfermedad infecciosa de altísima virulencia, que destruye organismos robustos en menos de 48 horas, y tan grave por lo tanto, como la peste misma." El Dr. Brioso se mostró conforme con este parecer, y decidimos proceder como si de la peste se tratase. Ordenamos el inmediato traslado del cadáver al cementerio de San Juan; se desinfectó la habitación y las contiguas con formol á preción y se dispuso que el enfermo Miguel Llanos fuese llevado al Cuarentenario al amanecer del día siguiente.

Terminadas estas investigaciones como á las 11 y media de la noche, el Dr. Brioso quedó en ver al día siguiente muy temprano al Dr. monagas, y yo, en visitar en el Hospital Municipal al Dr. Gutierrez, con el objeto de investigar la muerte ocurrida en aquella institución el lúnes anterior, y conviniendo en vernos á las 9 de la mañana en la oficina del Director Auxiliar de Sanidad.

En efecto, el dia 15 á dicha ahora, y después de haber investigado los hechos ocurridos en el Hospital Municipal, me personé en la oficina del Director, donde hallé reunidos á éste, á los Drs. Brioso, Monagas, González Martínez, Frias, Hernández y Watson.

El Doctor Brioso informó á los concurrentes sobre las investigaciones practicadas la noche anterior; yo manifesté el resultado de las que había hecho en el Hospital Municipal respecto al caso de Caraballo, exponiendo la opinión del Dr. Gutiérrez Igaravídez, quien lo diagnosticó de Endocarditis Séptica; y cada uno de los concurrentes relató los hechos por él conocidos, manifestando sus respectivas opiniones y decidiéndose por último; que se continuaran con persistencia las indagaciones, practicando la autopsia de Pedro Colón; tomando muestras del enfermo Miguel Llanos en el Cuarentenario; visita domiciliaria de todos los enfermos sospechosos en Pta de Tierra; y la inspección por los oficiales del servicio, de todas las defunciones que ocurriesen.

Hora después de celebrada esta reunión, comenzaron los trabajos acordados en la misma. El cadáver de Pedro Colón fué autopsiado por el que suscribe y por los Drs. Santana Náter y Hernández, quien tomó las muestras necesaria para las investigaciones bacteriológicas que habían de practicarse.

Encontrábanse presentes durante la autopsia los Dres. Watson, Gómez Brioso, Grubbs, Pedro del Valle, Frías y un médico militar, notificándose oportunamente á la Hon. Dirección de Sanidad el resultado de ella.

Este mismo día el Dr. Hernádez tomó muestras del jugo ganglionar del enfermo Miguel Llanos que estaba en el Cuarentenario,

Los Drs. Gómez Brioso, Santana y el que informa practicaron una visita domiciliaria á todos los enfermos sospechosos en Pta. de Tierra é inspeccionaron los cadáveres de los individuos muertos aquel día, encontrando el de Peter Jupe, fallecido de neumonía después de tres ó cuatro días de enfermedad, considerado como sospechoso.

El domingo 16 se continúan las visitas de casos sospechosos resportados, sin que se confirmase ninguno de ellos; mientras el Dr. Hernández y el Dr. González Martinez siguen los trabajos bacteriológicos con resultados sospechosos; pero sin que nada definitivo fuese resuelto.

La oficina de Sanidad Local ordena preventinamente la limpieza de patios, casas y solares.

Lunes 17. El Dr. Monagas participa el caso de Lino Ortíz, joven de 18 años, de Puerta de Tierra y que había enfermado esa misma mañana. Se le trasportó al Cuarentenario donde llegó en estado camatoso, falleciendo á las 12 de la noche, no sin haberle visitado antes los Dres. Watson, Gómez Brioso, Grubbs, Hernández, Monagas, González Martínez, Santana y Belaval.

Este caso era tan típico clínicamente que desvaneció nuestras dudas, conveniendo por completo á la mayoría de los allí reunidos de que teníamos entre nosotros la sospechada y temible enfremedad.

Los Dres. González Martínez y Hernández tomaron muestras del jugo ganglionar del enfermo; prepararon placas, hicieron siembras, é inocularon un curiel, partiendo inmediatamente para el laboratorio á continuar los exámenes bacteriológicos que más luego vinieron á confirmar como positivo nuestro diagnóstico clínico del caso.

El mismo día falleció muy de madrugada el indivíduo M. Padín, que vivía en la casa de comercio de A. Vicente & Co., en la Marina, y reportado como sospechoso, fué trasladado al depósito del cementerio.

Día 18. Este día fué de intensa labor para los oficiales del Servicio Local de Sanidad, quienes acompañados desde las primeras horas de la mañana por el Dr. Gómez Brioso, Jefe de la División de Enfermedades Trasmisibles, estuvieron visitando infinidad de casos sospechosos en sus respectivos domicilios y de los cuales desgraciadamente fueron comprobados los seis que á continuación se describen:

Nombre del individuo.	Procedencia.	Reportado por.	Trasladados al
Juan A. Soto	Talleres	Dr. Sicardó	Cuarentenario.
Pedro Rivera	Allen St.	" Belaval	id
Felícita Ramírez	Infanta Luisa	" Santana	id
María Aponte	id	id	id
Agustín Cordero	Stop 2 ½	" Brioso	id
Higinio Rodríguez	id	" Belaval	id

Los Dres. Vallecillo y Hernández auxilian al informante en las autopsias de M. Padín y Lino Ortíz, enviándose el resultado de las mismas al Hon. Director de Satidad.

Este mismo día el Director del Laboratorio Dr. González Martínez, informaba al Hon. Director de Sanidad que las investigaciones practicadas en dicho laboratorio, comprobaban sin género de duda el diagnóstico de PESTE BUBONICA.

Día 19. Muy temprano en la mañana el Hon. Gobernador de Puerto Rico declara oficialmente la existencia de casos de Peste Bubónica en San Juan, cundiendo como era natural el temor por toda la isla y comenzando el exodo de familias de la ciudad.

Se participa el caso positivo de Juana Serrano, Stop 5, Pta. de Tierra, reportado por el Dr. Santana.

Inmediatamente se procedió por esta oficina á organizar el servicio de matanza de ratas á cargo del Inspector Sr. Carbó, comprándose todas las ratoneras que al efecto pudieron encontrarse en San Juan, las que se utilizaron en los puntos de más necesidad, colocando además veneno en los posos de las alcantarillas.

El Jefe de la Policía Mr. Shanton á indicación nuestra, ordenó á este cuerpo que visitase casa por casa, obligando á los vecinos á proceder á una limpieza inmediata, y á arrojar á las calles cuanto cachivache viejo é inútil existía en ellas. Sus servicios fueron tan eficaces que al anochecer y á pesar de haberse estado removiendos durante todo el día basura de las calles, hubo necesidad sinembargo de recurrir al uso de grandes automóviles de carga para poder desalojar éstas, que se encontraban intransitables.

Se dirigieron comunicaciones á todos los representantes de los muelles, compañías de ferrocarriles, tranvías, vapores, fabricas de tabacos, dueños de botes, lanchas, á los templos, á los cines; y en suma á todos los encargados de sitios públicos ordenándoles que procediesen á una inmediata limpiesa y desinfección de dichos locales, é indicándoles la forma más apropiada de hacerlo.

Se ordenó así mismo á los Inspectores de Mosquitos y Celadores de Sanidad que organizasen en sus respectivos distristos brigadas de hombres y comenzaran á hacer una limpieza general de ellos, destruyendo por el fuego las basuras, mallas y todo lo inútil que pudiera servir de albergue á las ratas

Las basuras y cachivaches procedentes de San Juan y Puerta de Tierra fueron incinerados frente á la Cárcel Municipal y Paseo de Covadonga, en cuyo sitio no cesó de arder el fuego por varias semanas.

El día 20 se reportaron 3 casos positivos: El de José Lorenzo, calle del Arsenal número 6, Marina, individuo que murió después de 2 días de una grave enfermedad. Su cadáver no pudo ser autopsiado por causa de las innumerables ocupaciones que aquel día se presentaron. Jovita Rosario, calle de San Agustin, Stop 5: y el de Martín Torres Figueroa en la misma parada. Ambos participados por el Dr. Santana y comprobados por el Laboratorio.

Este mismo día llegó el Director de Sanidad, Dr. W. F. Lippitt, y una vez que se le hubo participado los trabajos hechos por esta oficina, y de acuerdo con él se procedió á nombrar personal técnico que nos auxiliara en nuestros trabajos. El Dr. Carl

Vogel, ilustrado compañero y muy conocedor de la enfermedad por haber trabajado en distintas epidemias de ella, ofrece incondicionalmente sus servicios á esta oficina y se nombra para el cargo de Médico del Cuarentenario. Así mismo se nombra al Dr. Glines para la inspección de enfermos en el distrito de San Juan; el practicante Blandino para auxiliar al Dr. Santana que trabajaba heroicamente en Puerta de Tierra, donde existía el mayor foco de infección; y el Practicante Castrello para Santurce, como auxiliar del Dr. López Sicardó, quien á pesar de encontrarse enfermo continuó hecho cargo de los trabajos en su distrito.

Día 21. Aparecen los casos de Cármen Suya, que murió en la parada 18, Santurce, reportada por el Dr. López Sicardó y comprobado el diagnostico por el Laboratorio; y el de Asunción Alvarez, Stop 5. Pta. de Tierra, participado por el Dr. Santana.

El Dr. Gómez Brioso, Jefe de la División de Enfermedades Trasmisibles, organiza el servicio de desinfección y registro de equipajes.

Se establece el cordón sanitario, nombrándoso inspectores para el objeto y que fueron colocados en las distintas salidas de esta ciudad.

Se continúa con actividad y energía la campaña de limpieza pública, en cuyo trabajo se han distinguido todos los empleados de este servicio, quienes trabajaron sin cesar.

Día 22. Se reportan los casos de Facundo Costoso y Pedro Diaz de la Stop 2 ½, por el Dr. Santana Náter; así como también el caso de Fernando García Lebrón, Stop 42 ½, Santurce, reportado por el Dr. López Sicardó.

La policía por disposición de esta oficina, visitará los establecimientos comerciales ordenándoles levantar las estivas y colocar los comestibles á prueba de ratas.

Día 23. Se empieza á levantar el campo Loubriel y es reportado el caso de José Colón, San Sebastián 21, que falleció en el Cuarentenario este mismo día; y que apesar de ser un caso clínicamente típico, no pudo ser comprobado por los exámenes del laboratorio.

Día 24. Del día 24 de Junio al 27 nos visitan numerosos casos sospechosos sin que afortunadamente se compruebe ninguno de ellos

Día 28. En este dia se reciben órdenes de la Hon. Dirección reorganizando e servicio local en la forma siguiente:

El Doctor Glines ha de tomar á su cargo todos los inspectores de esta oficina y nombrar el número de temporeros que sea necesario para comenzar una activa campaña de inspección y colocación á prueba de ratas de los edificios de San Juan.

Mr, Tower es encargado de la derratización de la ciudad quedando esta oficina hecha cargo del servicio regular de sanidad, más la atención de los enfermos é inspección de los casos sospechosos de Peste Bubónica, y cuyo trabajo fué reorganizado por el suscribiente en la forma siguiente:

Dr. Carl Vogel es destinado al Cuarentenario para la atención de los efermos allí recluídos, siendo una de sus obligaciones practicar todas las autopsias clínicas de los casos sospechosos y quien desempeñó su cometido con gran eficacia,

Los Dres. Santana Náter y López Sicardó continúan en sus respectivos distritos de Puerta de tierra y Santurce, los dos centros mayores de la infección que han puesto á prueba sus excepcionales condiciones de actividad y energía.

El Oficial de Sanidad se ocupa del distrito de San Juan que antes desempeñó el Dr. Glines y de la oficina é inspección general.

Este mismo día se hace obligatoria la revisión de todas las partidas de defunción por uno de los médicos del Servicio Local, debiendo inspeccionarse los cadáveres siempre que se juzgue necesario; medida muy justificada y que ha evitado de que pasen por desapercibidos un buen número de casos de Peste Bubónica.

Se reporta un nuevo caso hoy: el de Fernando Navarro, empleados en los carros del servicio de recolección de basuras, etc. y el cual es enviado al Cuarentenario,

Día 10 de Julio. El caso de Miguel Morales, de Talleres, Santurce, es reportado por el Dr. López Sicardó, comprobado y trasladado al Cuarentenario.

Día 3. El de Gaspar Flores que es enviado al Cuarentenario, á las 24 horas de haber caído enfermo; se comprobó el diagnóstico de Peste Bubónica y murió al día siguiente.

El de Catalino Maldondado, de "La Cotorra" Pta. de Tierra, hombre robusto que empezó á sentirse mal el día anterior por la noche y falleció en la madrugada de hoy. Su autopsia fué practicada y comprobado el diagnóstico.

Día 4 de Julio. El caso de Julio Hohob, Stop 16 ½, fué comprobado y trasladado al Cuarentenario en estado gravísimo.

Día 7 de Julio. José Ortiz, niño de 12 años de la calle de San Juan, Santurce, es ortado por el Dr. Sicardó y envíado al Cuarentenario.

Día 8 de Julio. Se da cuenta por el Dr. Santana de la muerte casi repentina de Mauricia Sierra. Este caso no fué comprobado por el Laboratorio, ni autopsiado: pero por las indagaciones prácticadas por el mismo Dr. Santana respecto á la dolencia que le causó la muerte, se diagnosticó de Peste Bubónica.

Día 9. Guillermo Pizarro es encontrado padeciendo de la enfermedad en su forma ambulatoria, pues hacía 5 días que á pesar de sentirse enfermo continuaba en su labor diaria. Se comprobó el diagnóstico y falleció á las 48 horas después de haber llegado al Cuarentenario.

Julio 10. El caso de Juana Ramos de Santurce resulta positivo y se le traslada al Hospital Cuarentenario.

En este día se recibe orden de esa Hon. Dirección tendente á ordenar á esta oficina á hacerse cargo de los inspectores nuevamente, con objeto de continuar las inspecciones sanitarias generales, censo de casas privadas y de vecindad, y para el servicio de extinción de mosquitos en la municipalidad, que con motivo del excesivo trabajo en estos días había sido suspendido.

Para el desempeño de esta labor se hizo necesario nombrar personal completamente nuevo, pues los inspectores propietarios de estos cargos habían de pasar temporalmente y en uso de licencia al Servicio de Sanidad Marítima.

Una semana transcurre mientras se adiestra á los nuevos empleados en sus funciones y se les hace conocer sus distritos; subdiviéndolos en la forma siguiente:

Dos para Puerta de Tierra.
Dos en San Juan.
Cinco en Santurce.
Uno á cargo del matadero y mercado.
Otro para la inspección de puestos de leche y carne.
Otro que es dedicado única y exclusivamente á hacer reinspecciones y denunciar ante la Corte á los individuos que no cumplan inmediatamente las órdenes dadas por esta oficina; medida que ha producido béneficos resultados.

Dia 12. Muere tras rápida enfermedad Rafael García Mendoza de la calle de la Islita, Pta. de Tierra, y se comprueba que la causa de su muerte fué la Peste Bubónica.

Se reporta el caso de Felipe Muñoz de la Stop 3, calle de San Agustín, comprobándose el diagnóstico y trasladándole al Cuarentenario.

Dia 19. Cinco días transcurren sin aparecer un nuevo caso, hasta hoy que se reporta el de Facundo González, de Campo Alegre, Santurce; y á éste siguen el día 20.

Día 20. Tres casos de infección virulenta, dos de los cuales fallecieron, ó sean el de Rafael Chiesa, niño de diez años residente en la calle de Ribot y que murió á las 48 horas de haberse iniciado la enfermedad: se practicó su autopsia y comprobó el diagnóstico.

El de María Molina, que falleció sin asistencia médica en la Stop 5, calle de San Agustín, después de 5 ó 6 días de una ligera enfermedad que ni siquiera le retuvo en cama: acostándose solamente momentos antes de morir.

El de Hemenegilda Díaz, mujer de 20 años, del Alto del Cabro, Santurce, cuyo caso fué comprobado y trasladado al Cuarentenario.

Día 23. Se reporta el caso de Antonio Sostre de Pta. de Tierra, Stop 6 ½ y el día 25. El de Julio Reyes en Santurce.

Día 26. Bernardo Hernández, niño de 10 años es recogido por la policía, quien le encontró enfermo en los muelles de San Juan, donde según informes de dicho niño, hacía días dormía en ellos.

Día 29. Cresente Iglesias, niño de 10 años, Pta. de Tierra, Stop 3, fué encontrado por el Dr. Santana Náter, quien le envió inmediatamente al Cuarentenario, donde falleció á las pocas horas.

Agosto 5. Durante estos últimos 7 días ningún otro caso positivo es encontrado, á pesar de haberse visitado un gran número de sospechosos; hoy sin embargo reporta el Dr Santana el fallecimiento de Antonia Figueroa, niña de 10 años de Pto. de Tierra, la que falleció en su casa á las 48 horas de haberse enfermado; practicándose la autopsia y comprobándose el diagnóstico.

Agosto 14. 9 días transcurren sin que aparesca un solo caso de Peste, hasta hoy que se reporta el caso de Conrado González en "La Perla"; primero que ocurre en esta localidad, ya prosediéndose por lo tanto á enviarlo al Cuarentenario inmediatamente, demoliéndose la casa en que vivía por encontrarse en condiciones no sanitarias.

Agosto 28. Después de una pausa de 14 días participa el Dr. Santana el caso de Inocencio Canales de Pta. de Tierra, carpintero de oficio y que trabajaba en una obra de Mr. Hatch en la Stop 26, Santurce. Este es otro caso ambulante, pues estuvo sin-

tiéndose mal por dos días, recogiéndose en cama solo dos horas antes de morir. Su cadáver fué autopsiado y el diagnótico comprobado.

Día 30. Muere en la calle de Barcelona, Stop 16 ½, la niña Elisa de Jesús, la que había sido vacunada con la linfa de Haffkine por segunda vez el día 12 de Agosto; por cuyo motivo dudóse en un principio que esta muerte pudiera ser causada por la Peste; pero en vista de la rápidez con que se desarrolló el proceso mórvido que causó la muerte de esta niña, se envió el cadáver al cementerio, practicándese su auptosia y comprobándose el diagnóstico de Peste Bubónica por los exámenes bacteriológico.

Día 31. Falleció Juan Cruz de Peste Bubónica en la calle de Ramos, Santurce.

Septiembre 4. A los 21 día de haber aparecido el caso de Conrado González en "La Perla", reaparece la enfermedad en el caso de Martín Sánchez niño de 14 años, y que vivía en un ranchón de pésimas condiciones sanitarias propiedad del Sr. Riera, y al cual se le estaban levantando sus viejos pisos de madera, para ponerlos de cemento á prueba de ratas. Este niño tuvo 24 horas de enfermedad; ne se acostó, y falleció casi repentinamente en los brazos de su madre. Su cadáver fué autopsiado, comprobándose bacteorólogicamente el diagnóstico del caso; asi también se encontró durante el curso de la autopsia que el foramen ovale del corazón estaba parcialmente abierto.

Se practicó la desinfección de las habitaciones de este enfermo y las contíguas, cerrándose al efecto un cafetín que allí existía.

Septiembre 5. Se reporta y comprueba el caso de Peste Bubónica del niño Juan Lasen de seis años de edad y que vivía en el mismo ranchón que el anterior: pero cuya familia hubo de mudarse de él á causa de la desinfección que allí se practicó al ocurrir el caso de Martín Sánchez, este caso pasó al Cuarentenario en estado gravísimo.

Septiempre 7. Murió Providencia Cueto, de la calle de Pelayo, Pta. de Tierra, practicándose la autopsia del cadáver; y apesar de que este cadáver presentaba cambios patológicos en las glándulas de la fosa iliaca derecha, apéndice y meso apéndix, que hacían sospechar fundadamente la infección pestosa, sin embargo el laboratorio no la ha podido comprobar aún.

Septie 11. Caso de Francisco Pérez. Este individuo vivía en el rachón Riera, trasladándose á la Stop 16 y media en Santurce con cinco días de anterioridad á esta fecha. De allí vino ayer tarde a casa de su hermana en la calle de la Luna No. 16, donde se le halló en estado gravísimo muy sospechoso de Peste Bubónica. Se le trasladó al Cuarentenario donde se comprobó el diagnóstico, muriendo á las 48 horas después de haber llegado.

Septiembre 13. Fallece en "La Perla" en el mismo ranchón de Riera la niña Margarita Martínez de 3 años de edad, á las 14 horas de haberse enfermado, con la que parecía ser una infección gastro intestinal. Se practica la autopsia y se comprobó que se trataba de una infección virulenta del bacilo de la peste.

Septiembre 20. Hasta hoy día en que hago entrega de esta oficina al Aux. Dr. López Sicardó no se ha reportado ningún otro caso de Peste; y para terminar este informe haré una ligera indicación sobre los distintos focos de la infección, que hemos tenido la ocasión de comprobar:

1° La Peste hizo su aparición como es sabido ya, el dia 13, al lado del ranchón "Carolina", Stop 6, Pta. de Tierra; constituyéndose en aquel inmediato vecindario un verdadero foco de infección pestosa que más luego se extendió en todo el distrito comprendido entre la Stop 7 y la 2 y media; al lado Norte de San Agustín y el mangle: siendo de notarse que ningún caso ha ocurrido hasta hoy en la parte comprendida entre el lado norte de la calle de San Agustín y la ribera del mar.

2°—Otro foco apareció en la Marina el día 18 y en el vecindario inmediato á la calle de Infanta Luisa No. 2; donde ocurrieron 4 ó 5 casos en pocos días; pero afortunadamente quedó limitada la infección á ellos desde el caso de José Lorenzo que murió el 20 de Julio, ningún otro ha sido reportado en dicho vecindario, ni siquiera sospechosos.

3° Otro foco hizo su aparición el día 21 en la Stop 18, Carretera, Santurce, que comenzó con la muerte de Carmen Suya de Peste Bubónica; y del cual probablemente se originaran los demás casos ocurridos en el distrito comprendido entre las paradas 16 y 18 de la carreterra, calle de Ribot y sus alrededores.

Y 4° y último foco que comienza con el caso de Conrado González en La Perla el día 14 de Agosto y después de un intérvalo de 21 día es seguido de 4 casos más, todos virulentos, y el contagio de los cuales ha podido trasarse al ranchón de Riera, construcción vieja, de pésimas condiciones sanitarias y verdadera guarida de ratas.

Vemos pues que la Peste Bubónica ha seguido en esta población el mismo curso que otras donde ha existido; apareciendo sus focos en vecindarios bastantes distanciados unos de otros; pero siempre eligiendo aquellos que se encontraban en peores con-

diciones sanitarias por la falta de higiene en sus moradas, y por el gran hacinamiento de gente en ellos. Es de notarse también que todos los terrenos de estos distritos son muy arenosos, y por lo tanto, propios para el desarrollo de la pulga.

Deseo hacer notar por vía de información que el caso de Conrado González fué linfado el día anterior al que cayó enfermo; Elisa de Jesús fué también linfada 17 días antes de su infección; y Juan Lasen 8 días antes.

Habiéndome extendido algo más de lo que deseaba en este informe, termino reiterando á su Hon. Dirección el testimonio de mi más cumplida consideración.

Respetuosamente,

Oficial de Sanidad.

NUEVO ASPECTO DE LA CIRUJÍA

DR. J. AVILÉS

El adelanto alcanzado por la cirujía en el siglo veinte ha sido de gran trascendencia, y en verdad, si hechamos una mirada hacia atrás de la historia, en los tiempos de los cirujanos ejipcios primero, más tarde por Hipócrates y Galeno, y siguiendo paso á paso el adelanto alcanzado por el arte quirúrjico con los trabajos realizados por Ambrosio Paré, John Hunter y Lord Lister, tendríamos necesariamente que confesar y reconocer que la cirujía ha llegado en los tiempos modernos á un grado incalculable de progreso.

En nuestro siglo, y hace corto tiempo se ha llegado á un nuevo aspecto, de tan gran importancia en la cirujía, que sin vacilar podemos decir, que ya casi nada queda por descubrir, y es éste nuevo problema, el de trasplantación de órganos de una persona á otra. El eminente Dr. Carrel de la ciudad de New York ha venido realizando experimentos de trasplantación de riñones en la especie canina y con gran sorpresa mía pude observar en una conferencia dada por el citado profesor en la ciudad de Filadelfia una serie de perros que habían sido sometidos á la referida operación y todos ellos manifestaban no tener la menor alteración fisiológica.

Más grande fué mi impresión el haber podido presenciar en la misma ciudad de Filadelfia al Dr. Hammond practicar la operación de trasplantación del riñón en un enfermo que se encontraba sufriendo de tuberculosis renal derecha. El Dr. Hammond quiso aprovechar la muerte de un hombre sano y de buena constitución que había sido arrollado por un carro eléctrico el día antes de la operación. A este fín preparó debidamente el riñón de la persona muérta por el accidente. El doctor Hammond se presentó con su ayudante y enfermeras frente á un cuerpo de cirujanos que llenaban el anfiteatro del cuarto de operaciones. Desde el momento en que este célebre cirujano tomó el bistourí en sus manos, hubo una expectación generál llamando la atención de todos los allí presentes, ver con que destreza y prontitud el Dr. Hammond expuso fuera el riñón enfermo. Una de las cosas que me llamó la atención y que para mi era novedad fué que todas las suturas para la anastomosis de los vasos sanguineos, nervios y conductos glandulares, eran de color negro. La técnica de la anastomosis de los vasos principales se hizo de una manera habil y con mucha presición. La operación quedó terminada sin el menor incoveniente cerrando la incisión sin dejar drenaje alguno. Esta operación despertó en mi gran interés y todos los días después de la operación visitaba el hospital metodista

para conocer el estado del enfermo, dejando la ciudad de Filadelfia ocho días después, teniendo conocimiento de que el enfermo solamente había tenido sus décimas de fiebre y que la acción fisiológica del riñón trasplantado empezaba á funcionar.

Este es el nuevo aspecto de la cirujía de hoy y si el adelanto de esta ciencia no queda estacionado, tendremos que aguardar el futuro aspecto del mañana.

EL ALCOHOLISMO EN ALEMANIA EN LA CLASE OBRERA.

Una publicación interesante preparada por el consejo de las cajas de enfermedad (Kranken Kassenn) y la oficina de Sanidad acaba de salir á luz en Berlin.

Esa publicación trata de la influencia del alcohol en la clase obrera alemana.

Más de un milllón doscientos cincuenta mil obreros han sido objeto de estudio.

Entre ese número elevado de trabajadores, no había sino muy pocos astinentes y estos se contaban sobre todo entre los jóvenes obreros de 14 á 19 años de edad. Los obreros más viejos bebian casi todos. Entre estos últimos se señalan más de novecientos cuarenta mil que están en camino de convertirse en alcohólicos; sin embargo que el número de alcohólicos no pasa de cuatro mil ochocientos cuarenta y siete.

Las observaciones médicas establecen que los obreros que no beben pierden por causa de enfermedad 0.8 por ciento de los dias laborables, los bebedores moderados 2.1 por ciento mientras que los alcohólicos pierden 12.6 por ciento. La investigación ha establecido además que el alcohol es menos dañoso á los adultos.

De la edad de 30 á 40 años pierden los obreros, á consecuencia del abuso del alcohol 3 por ciento de los días laborables; este tipo aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar 12 y medio por ciento á la edad de sesenta años, mientras que no se eleva más que á 11 por ciento los viejos de setenta y cinco años que se abstienen de beber. La mortalidad entre estos últimos, es la más pequeña y son rara vez víctimas por su propia falta de los accidentes del trabajo; no sucede lo mismo con aquellos que beben alcohol aún con moderación.

NOTAS VARIAS.

EL BAÑO DE SOL.

Tan popular se ha hecho el baño de sol en Alemania que en algunas ciudades se compra un ticket para darse un baño de esta indole de igual manera que en América se compra un ticket para darse un baño en la playa. El ticket para el baño de sol, le permite al comprador el uso de una habitación para despojarse de su ropa, un traje de baño y el sitio donde recibir los rayos solares.

CASOS DE ALUCINACION.

"The Scientific America" dice: La alucinación que tienen algunas personas en creer que provocan aguaceros por medio de ciertos experimentos, viene á ser una de las formas de las diferentes clases de enfermedades mentales que son incurables.

Esto recuerda á los experimentos puestos en prácticas hace algunos años en Texas, donde se hacian fuertes explosiones con dinamita con el objeto de producir la lluvia. Recientemente se practicó un experimento en una ciuda de Michigan, empleando 4500 libras de dinamita en la explosión, siendo seguida esta, por un fuerte aguacero, pero se supo entonces que ya había empezado á llover cuando ocurrió la exploción.

LA UTILIDAD DEL PAPEL DE JIBIA

Las personas que están acostumbradas á afilar sus propias navajas, les será interesante saber, que lo que se conoce con el nombre de papel de Jibia es una sustancia ideal para afilar instrumentos de cirujia, navajas y todo instrumento cortante. Este papel lo usan los dentistas para las orificaciones, y está cubierto de una lamina raspante sumamente fina.

PROGRESO EN LA HIGIENE DE LOS CABALLOS.

El comisionado Lederle del departamento de Sanidad de la ciudad de New York ha sugerido el uso de vasos especiales individuales para que los caballos beban, basándose en los mismos principios anti-higienicos por los cuales hubo la necesidad de adoptar vasos especiales individuales para beber agua las personas.

La artesa común donde toman agua los caballos es tan antihigienica, como son las copas comunes que usan las personas.

A propósito de esto, un neoyorquino amante del sport hípico ha establecido sin pago de ninguna clase unos baños de ducha para los caballos. Estos animales parece que les agrada mucho el nuevo sistema balneareo.

CURIOSA ESTADISTICA.

En el *Congress Institute* de Sanidad de Londres un médico ha dicho que aun en Inglaterra la costumbre de tomar el baño diario, está reducido á cierto tipo de personas graduadas de algunas escuelas públicas y á individuos de cierta edad como de 30 á 40 años.

He aquí el honor que el concede, y en el orden que clasifica á las personas de diferentes naciones que acostumbran tomar el baño diario: escoceses, ingleses, irlandeses, mujeres americanas, mujeres inglesas, americanos, franceses y alemanes. Seguramente el que hizo esta clasificación debe ser escocés.

SECCION INFORMATIVA

SESIONES DE LA JUNTA

La junta directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico viene celebrando sesiones regulares el primero y tercer sábado de cada mes. En estas sesiones se está discutiendo el nuevo reglamento que ha de ponerse á la consideración de la asamblea anual de la asociación que habrá de celebrarse á fines del año actual.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

Nada se sabe en la oficina central de la asociación médica del trabajo llevado á cabo por las asociaciones de distrito y por medio de estas lineas el secretario de la asociación suplica á los secretarios de las asociaciones de distrito le comuniquen noticias del funcionamiento de sus respectivas sociedades. Las asociaciones de distrito fueron creadas en 1909 ó 1910. La de Humacao fué inaugurada en Octubre de 1911; la de San Juan en Diciembre del mismo año; la de Aguadilla en Abril de 1912. Las de Mayagüez y Arecibo fueron inauguradas en el año 1910, pero no existen en secretaría actas de sesiones ni de asambleas celebradas durante ese año. En Junio del año actual iba á ser inaugurada la asociación de Guayama, habiéndolo impedido la presencia de la epidemia. La junta directiva vería con gusto que los señores médicos de Guayama y Ponce se reunieran y formaran sus asociaciones de distrito, siendo estos dos los únicos que faltan por organizarse.

CONGRESO DE CIRUJANOS

El tercer congreso anual de cirujanos del Norte America se llevará á efecto en la ciudad de New York en el mes de Noviembre del corriente año durante los días del 11 al 16. Todos los interesados á este congreso pueden dirigirse al secretario del mismo, Dr. Franklin H. Martin, 31 North State St.

Chicágo, Ill.

En el Congreso de Higiene y Demografía que se ha celebrado en la ciudad de Washington durante la semana del 21 al 27 de Septiembre, concurrieron más de 5000 médicos é higienistas. Estaban representadas treinta y dos naciones y habían 1000 médicos extrangeros.

NOTAS PERSONALES

Se ha ausentado para los Estados Unidos en donde pasará una corta temporada nuestro amigo y compañero el Dr. J. Barreras, alcalde municipal de Juncos. Le deseamos pronto regreso.

El Dr. Zavala y el Dr. E. F. Otis, oficial de Sanidad de Peñuelas este último han presentado un informe especial al Director de Sanidad de todos los trabajos realizados en el pueblo de Peñuelas á consecuencia de la epidemia de tifoidea aparecida en aquella población.

Se han ausentado para los Estados Unidos en uso de licencia, los Doctores W. R. Watson, auxiliar del Director de Sanidad y el Dr. L. Igaravidez, oficial de Sanidad de Guayama.

Grata permanencia les deseamos en la Metrópoli á tan estimados colegas.

Se encuentra en San Juan el Dr. P. Malaret, Inspector de Sanidad del Distrito Sur, sustituyendo al Dr. Watson en el cargo de auxiliar del Director de Sanidad.

Los Doctores E. Vergés Casals y Frias, han abierto en la Parada 7 de Puerta de Tierra, una clínica de dependientes, con todos los adelantos modernos.

El Dr. Molina St. Remy, ha establecido su nueva clínica, en la parada 11, Miramar.

Ha renunciado el puesto de oficial de Sanidad de San Juan para ocupar la plaza de Médico Director de los Hopitales Municipales, el inteligente y prestijioso compañero Dr. J. Belaval, quien se hizo cargo de dicha dirección el 21 de Septiembre.

Se ha trasladado de Ponce á Maricao al oficial de Sanidad Dr. L. Aguerrevere.

El Dr. Mora Vaomande, médico venezolano, ha trasladado su residencia de Aguadilla á Salinas.

El Dr. Ashford, médico del Hospital Militar, ha embarcado para los Estados Unidos con objeto de atender al Congreso de Higiene que se llevará á efecto en la ciudad de Washington en el presente mes de Septiembre.

Grata permanencia le deseamos al distinguido compañero.

El Dr. R. O. Vergne se encuentra en San Juan estudiando la epidemia actual en los laboratorios de la peste.

El Dr. A. Buitrago, oficial de Sanidad de Maunabo, ha sido trasladado á Patillas para sustituir en el mismo cargo al Dr. R. Stella, quien se halla en uso de licencia sin sueldo y por tiempo indefinido. El Dr. H. Aparicio, se ha trasladado de Lajas á Maunabo á ocupar la vacante de oficial de Sanidad que deja el Dr. A. Buitrago.

Ha sido trasladado para ocupar la vacante de oficial de Sanidad de Naguabo, el Dr. Juan G. Bajandas, quien sustituirá al Dr. Kowlton que goza de licencia sin sueldo.

Se ha ausentado para los Estados Unidos el prestigioso médico Dr. F. del Valle Atiles, presidente de la Junta Superior de Sanidad. Grata permanencia le deseamos en la metrópoli americana á tan distinguido compañero.

El distinguido é ilustrado médico Dr. Gustavo Muñoz Díaz ha sido designado para ocupar la presidencia de la Junta Superior de Sanidad durante la ausencia del Dr. del Valle Atiles.

El Boletin de la Asociación Médica de Puerto Rico se publica mensualmente en 40 ó más páginas.

Solamente se admiten en él anuncios de productos que se relacionen con la salud pública y que sean de la confianza de la clase médica.

PRECIO DE ANUNCIO POR AÑO

Página entera.....................	$50.00
Media página.....................	28.00
Un cuarto de página.............	15.00
Un octavo de página.............	8.00

Cuando el pago del anuncio se hace por adelantado se descuenta el 25 %.

El cange de periódicos ó Revistas y los trabajos originales para su publicación deben dirigirse al Secretario Dr. L. Toro.—Santurce, P. R.

Referente á los asuntos de pago, reclamaciones y anuncios debe dirigirse al Tesorero—Administrador Dr. J. Aviles.—San Juan, P. R.

BOLETIN
DE LA
Asociación Médica de Puerto Rico.
ORGANO OFICIAL
Publicado Mensualmente bajo la dirección de la Junta Directiva.

IX — OCTUBRE DE 1912 — Número 85.

MEMORIAS DE UN MÉDICO

POR EL DR. M. QUEVEDO BAEZ

II

Otra de las muchas cosas, que al Médico pueden ocurrirle, es que no cure, por las mil razones de orden natural, por su falta de fortuna ó por extravío, que todo esto es dable, tratándose de mortales, como lo es el Médico. Y puede también, ocurrir que el enfermo se muera, por aquello de *morire habemus*, que dijo el otro.

El caso de que el Médico no cure, está sujeto á circunstancias variadísimas. Muchas veces, el Médico es víctima de un error de apreciación diagnóstica. Por desgracia, actuamos en un momento, en que las verdades del laboratorio quieren imponerse á las verdades de la clínica, dando lugar á que se fundamenten diagnósticos en experiencias de laboratorio, que aunque han merecido la sanción científica, no se puede precisar de un modo absoluto el alcance significativo ó la extensión dentro de la cual deba ser considerado.

Por ejemplo, es un hecho aceptado, para el diagnóstico de las fiebres tifoideas, la prueba de la Reacción Widal. La corriente de modernismo que invade hoy todos los órdenes de la vida, sin excusar la medicina, lleva frecuentemente á los Médicos á parapetarse en esta fórmula de laboratorio, con olvido de la Clínica, para diagnosticar todo proceso incluido en tal fórmula, invariablemente, como tifoidea.

Puede el Médico haber leido é interrogado al organismo, explorado todos sus órganos y vísceras, sin poder llegar á conclusión científica, de que se encuentra frente á un caso de tifoidea; pero la fuerza del Laboratorio lo desplaza y el Médico se vé obligado á leer, en un proceso obscuro, indefinido, afásico en materia de síntomas,

diagnóstico de fiebre tifoidea. Unas veces, poniéndose las manos en la cabeza, el Galeno se vé obligado á comulgar con ruedas de molino y las cosas se desenvuelven perfectamente, sin consecuencias para el enfermo. Pero, sucederá, en otra ocasión, como á nosotros nos ha sucedido, que aquella, que según el Laboratorio pudiera ser diagnosticada de fiebre tifoidea, se estira en el tiempo y se prolonga, fuera de los límites en que pudiera caber una recaida, y sigue la fiebre dando juego, sin justificación atribuible á transgresiones alimenticias ni á apreciable faltas contra el régimen; y, mientras el proceso continúa estirándose y reventándole los sesos al Médico y agotando la paciencia de los familiares, que consideran aquello fuera de lo corriente, la autoridad del desventurado Médico empieza á resentirse y á perder los estribos. En el curso del proceso, surgen, como es natural, deseos por parte de la familia de aclarar lo obscuro y de querer saber, si el Médico está equivocado y aparecen en el escenario nuevos Galenos, especies de remorcadores para sacar del embaramiento al pobre barco, que ha venido sufriendo el fuerte del temporal y haciendo pujos y elucubraciones de diagnóstico llegan á la conclusión firme y positiva de que, efectivamente, allí no hubo, por esa vez, y para desgracia del primer Médico, nada de fiebre tifoidea y resulta, errado el laboratorio ó erradas las deducciones, que de su experiencia surgieron, pero cargando con el San Benito de la equivocación, aquel primero en desgracia.

....

....

....

***

Otras veces, ocurre, que la suspicacia del diagnóstico, hiriendo sentimientos muy naturales de familia, es motivo de hondo disgusto y de resentimientos, si se quiere, por parte de ésta, que no quiere aceptar la grave significación y alcance de tal diagnóstico.

Por ejemplo, son muchas las familias, que á despecho de pasar por ignorantes, aceptan con agrado, que el Médico las engañe, excluyendo de modo intencional un diagnóstico de tuberculosis! Desgraciado del Médico, que honradamente, y queriendo cumplir preceptos, que hoy son código de moral médica, apuntase la posibilidad, insinuara la sospecha ó declarase algo de tuberculosis en el enfermo á su cuidado !

Es una cuestión, que se sale del cuadro de estas notas porque pertenece á un problema médico-social contemporáneo. Refiérome á los esfuerzos, que en todo el orbe, vienen desplegando, en beneficio de la humanidad, las llamadas ligas antituberculosas."

Sabido es el fundamento en que ellas descansan, si su labor, ha de ser lo que persiguen: no es otro, que la necesidad ú obligación de declarar ó reportar á las autoridades sanitarias todo caso de tuberculosis observado. Esto en cuanto á las funciones de la Sanidad en general, para beneficio de la colectividad; en cuanto á lo individual, todo Médico contrae el ineludible deber, sinó ha de faltar á su conciencia, de decirle la verdad á su enfermo; decirle la verdad que es lo menos. Y decirle la verdad á un enfermo tuberculoso no es otra cosa, que anunciarle su mal, en el tono más sincero y sugestivo, hasta piadoso, porque nuestro papel de aliviar los males físicos incluye también el más noble y santo de aliviar los dolores morales. Decirle la verdad á un tuberculoso, no es leerle su sentencia de muerte, porque nosotros tenemos la firme convicción de que la tuberculosis es una enfermedad curable y de eso es que tratamos y ese el fin que perseguimos, al declarar, cualquier caso de tuberculosis á nuestro alcance.

Hay un principio más moral que médico, en tal doctrina aconsejada y puesta en práctica hoy. No es el enfermo sólo, el que tenemos á nuestro cuidado; tenemos á sus familiares, su esposa, sus hijos etc.: cuyas vidas están á merced de nuestros cuidados, de nuestra caridad. Nosotros ocupamos en la esfera del deber, el centro de ese gran círculo, que comprende, primero la familia, después, la sociedad y en círculos más excéntricos, el pueblo, el país, la ciudad, la provincia y la patria.

Después que la ciencia ha proclamado la teoria del contagio y después que nosotros nos hemos comprometidos á propagar esa doctrina y á servirla, es criminal, que en casos determinados, nos olviden de ellas razones hijas de convencionalismos ó de complacencias, aún á trueque de sacrificar la verdad científica y la verdad social, fin primordial que persigan acaso, las ligas de defensa mundiales creadas contra la tuberculosis.

Yo he pasado por la amargura, después de perder un enfermo ó unos clientes, de tener que aceptar la animadversión, el ceño disimuladamente díscolo, de familiares, que por razón ninguna científica ni social, podian aceptar la desgracia que supone, el tener uno de sus miembros afectado de tuberculosis.

Recuerdo entre otros, dos casos de mi vida profesional que me valieron el enojo irreconciliable de personas á las cuales me ligaban estrechos y firmes vínculos de amistad y afecto.

Verdad es, que llegué al sacrificio, que suponía para mí el perder aquellas buenas relaciones, por haberme visto privado de la solidaridad de compañeros que tuvieron intervención en al-

guno de los casos de referencia, y que, sin negar el fundamento y razón de mi diagnóstico, quisieron mostrarse gratos á los familiares, tal vez por móviles humanos de piedad, siempre dignos del mayor respeto,

Y, claro está; si no aparecia asentida mi afirmación diagnóstica, yo que ya, había planteado el problema moral y social impuesto por las exigencias de las modernas prácticas sanitarias, resultaba en una posición desventajosa y poco grata á los mienbros de familia.

Yo tenía que ser clemente. Antes que el orgullo de la dignidad profesional, las demandas de la caridad frente á la desgracia y al dolor, me exigían reti rarme como un vencido ó un equivocado, ofreciendo asi, en holocuasto, mi aparente equivocación, para que el dolor y la infelicidad del enfermo y de sus séres queridos, tuvieran un paréntesis de calma y de tranquilidad, siquiera fuere breve y engañoso.

Quiere decir, que el cumplimiento de un deber, sostenido con el valor de mi honradez profesional, me procuró una aparente derrota, enojos invencibles, pérdida de afectos grandes, resta de mi lista de clientes de aquellos familiares y la suma grande de disgustos y desazones consiguientes.

El tiempo, en todos esos casos, se anticipó á los vaticinos que de mi diagnóstico se derivaban y, muy en breve, la muerte abrió hondo y obscuro su fauce, para sepultar sus infelices victimas.

Todos, todos vencidos: mis compañeros que de buen grado, quisierón disfrazar la severa fatalidad de un diagnóstico de tuberculosis, los familiares, que breve tiempo después, hubieron de hacer un gesto de horrible convencimiento, aceptando la fria realidad de la muerte y yo, que, si no un vencido de la verdad científica, hube de serlo de un convencionalismo circunstancial impuesto por mis compañeros médicos.

¿Hasta que punto, si hemos de ser respetuosos con los fines que pesiguen las "*Ligas antituberculosas*" y con la humanitaria campaña, podemos nosotros desviar la razón científica, y dar márgen á que la ignorancia se mantenga entre familiares, en casos como los aludidos; hasta que punto podemos conducirnos asi, desvirtuando la verdad científica y dejando que se impongan como razón moral, la condescendencia, la compasión y la piedad humanas?

¡Quizá, si la verdadera eficacia de esas nobles instituciones la pierden, las ternuras y los sentimientos, que emanan del corazón, cuando la razón severa y fria no puede imponerse y pasar triunfadora, frente á esos cuadros de dolor!

¡Que distanciados, siempre, aún en los problemas científicos, la cabeza y el corazon!

DEL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE LLAMADA RECURRENTE POR LAS SALES QUÍNICAS

POR EL DOCTOR J. MONAGAS

Todos los médicos que á la práctica de su profesión se dedican, desde los primeros pasos del ejercicio profesional, se encuentran con ese tipo de infección, que me he permitido calificarla con el nombre de "desesperación de los médicos" por el número de decepciones que del público se sufren, cuando somos llamados para el tratamiento de esta pirexia, habida cuenta de la excesiva impresionabilidad de nuestro pueblo, que desea ver al enfermo curado, apenas el médico traspone el umbrál de la casa, al observar que pasan los días y el enfermo continua siempre con la "calentura" como la llaman, sin siquiera *refrescarsele ni sudarla* (términos usados en estos casos).

La mayor parte de las veces, empieza esta fiebre por el tipo interminente clásico del paludismo agudo, permitiendo al enfermo, cuando le ha pasado el paroxismo, dedicarse á sus ocupaciones, aun cuando con cierta laxitud y negligencia, así como con disminución acentuada del apetito, y deseos de ingerir grandes cantidades de agua, sobretodo en forma de refrescos.

Si como pasa con algunas personas cuidadosas solicitan los auxilios médicos en esos momentos, basta siempre el hacer la desinfección intestinal, por medio de un purgante, dieta de toda clase de alimentos, y la ingestión por dos ó tres días de cualquier sal de quinina, para que la salud se restablezca en algunos días.

Pero desgraciadamente, en la mayoría de casos no pasa así, y he ahí el motivo de este trabajo. Aquel mismo tipo de fiebre, que en sus comienzos revestía de modo induvitable los tres estadíos característicos del paludismo, por efectos de la falta de un tratamiento racional, va afectando la forma contínua, con remisiones matinales y exacerbaciones vespertinas, con temperaturas más ó menos altas, pues no bajan de 39 á 40, y desde ese momento se va estableciendo un cuadro clínico sumamente variado, en relación con la edad del enfermo, y con su constitución individual.

Y de ese modo nos hallamos con que la mayoría de casos el órgano principalmente tocado es el estómago, con dolor á la presión, é intolerante, devolviendo el enfermo toda clase de bebidas, por baja que sea su temperatura. En orden de correlación, sigue el hígado, acusando el enfermo un dolor á la presión en la región de la vesícula, así como un aumento acentuado de su volúmen. Luego síguele el bazo, y los intestinos gruesos, sobretodo el cólon transverso, y la S iliáca, en donde podemos observar alguna vez el célebre "gorgoteo"

A su vez la lengua es asiento de fenómenos que no pueden pasar desapercibidos; saburrosa y algo húmeda al principio de la enfermedad, á medida que los días van pasando se vuelve un tanto seca, ó seca por completo.

La saburra de blanco súcia, se torna amarillenta, y los bordes obscuros y resquebrajados: las encías se secan, y cuando la antisepsía bucál no es muy suficiente, aparte del aliento fuerte del enfermo, empiezan á notarse las fuliginosidades características de los estados infecciosos profundos.

En muchos casos acompaña á este cuadro una cefalalgia intensa, que molesta por demás al enfermo, produciéndole unas veces exitaciones delirantes, y otras estupor manifiesto.

La fácies sufre alteraciones en su

coloración, á compás de las exacerbaciones térmicas, y las conjuntivas oculares van tomando un tinte sub-ictérico pronùnciado.

Los intestinos que se hallaban en el curso del 1er. septenario como adormecidos, pues se necesitaban repetidos purgantes para hacerlos funcionar, ya en el curso de estos días exageran sus movimientos, y repetidas y fétidas descargas vienen á complicar el cuadro sintomalógico que á grandes trazos hemos esbozado.

Antes, no se aguardaba que la bacteriología ayudara á la clínica de modo tan inapreciable; bastaba ver á un enfermo con los síntomas descriptos para sentar el diágnostico de tifus ó de fiebre tifoidea; hoy, tenemos que esperar á que la reacción de Widál nos muestre la aglutinación para sentar aquel juicio, de modo que la bacteriología confirme sin duda alguna lo que la clínica nos ha hecho presumir ó esperar. Más, es que no siempre con este cuadro sindrómico la bacteriología nos muestra el bacilo de Eberth, y no obstante, las complicaciones de distintos órdenes se suceden en esta clase de enfermos, y sucumben víctimas al parecer de infecciones tíficas, y así hay que consignarlos en los documentos oficiales de los registros civiles.

¿Si en muchísimos casos se nota la ausencia del bacilo de la tifoidea, quien ha podido producir un cuadro tan parecido á ella? ¿Será acaso el plasmodia de Laverán? ¿Será una asociación microbiana que no haya podido aislarse hasta hoy? Difícil es poder contestar satisfactoriamente á estas interrogaciones, aunque sabemos que un bacteriologo distinguido se ocupa desde hace tiempo en nuestra Isla del estudio de este problema, y mientras se resuelva, pasemos al verdadero objeto de este deficiente trabajo, que no es otro que el que por medio del tratamiento de las sales de quinina, sobre todo en inyecciones hipodérmicas, acortamos en primer termino la duración de la enfermedad, apenas sobrevienen en el curso de ella complicaciones de ninguna especie, y el enfermo, después de muchos días de cama (á veces 21 y 40) recobra su salud, sin que al parecer haya estado sometido á una infección tan desorganizadora de sus fuerzas vitales.

En este punto hay que distinguir dos casos, á los que hay que darles gran importancia; y son: cuando somos llamados al día siguiente del inicio de la enfermedad, ó cuando ya han pasado varios días (de 5 á 7). En el primer caso puedo decir enfáticamente, que en mi dilatada práctica, no recuerdo un solo caso que haya resistido, después de hecha la antisepsia intestinal por medio de un purgante, al tratamiento quínico *per-os* sostenido por tres días. Por alta que sea la temperatura, por mucho malestar que sienta el enfermo, antes de iniciarse el tratamiento, todo cesa en breves horas, después de la absorción de un grm. de sal quínica, acompañada de un diaforetico (polvos de Dower ó piramidón) de modo que á la visita siguiente nos encontramos con que el enfermo ha hecho una sudoración abundante, y en apirexia completa, quizás por debajo de 37. Si en ese día dejamos sin quinina al enfermo, por complacencia, ó por falta de experiencia en el tratamiento de estas fiebres, casi podemos asegurar que con escalofríos ó sin ellos, porque á veces solo se enfrian ligeramente las extremidades, y la nariz, la fiebre vuelve á presentarse, adquiriendo el mismo grado de intensidad que en el primer acceso, y ya aquí, empieza el estómago á hacerse intolerante, presentándose los vómitos que molestan tanto al paciente por su duración, y al médico, por privarle de esta vía para la aplicación del tratamiento. Pero avezados ya al tratamiento de estas fiebres, en la misma receta prescribimos dosis suficientes de medica-

mento, de modo que al día siguiente, y antes de nuestra visita, ya el enfermo ha ingerido la mitad de la dosis del día, tomando en la tarde del mismo el resto de ella. Ya en la tercera visita, constatamos que el enfermo no ha tenido novedad durante el día anterior, que desea levantarse, que siente necesidad de ingerir alimentos, y que se encuentra como si nada hubiera tenido; no obstante continuamos por este día, y siguiente, la medicación, permitiendo al 4º día el que el enfermo abandone el lecho, asi como la ingestión de ciertos alimentos; retirándonos de la casa luego de hacer ciertas indicaciones higiénicas, y dietéticas.

Cuando desgraciadamente para los enfermos somos llamados á su cabecera luego de pasados algunos días nos hallamos con cuadros clínicos distintos, en los que generalmente predominan los síntomas de un tifismo más ó menos desarrollados. Entonces atemperamos nuestra medicación á dos puntos principales, hecha la desinfección gastro-intestinál, á la que damos al principio del tratamiento una importancia principal; y son: el tratamiento sintomático, y el causal. Como los síntomas varian en cada enfermo, no nos detendremos en irlos especificando uno por uno; la balneación sistemática, ó las fricciones generalizadas á todo el cuerpo es principal en esta clase de indicaciones. A la que damos pués toda la importancia es á la medicación quínica por vía hipodérmica, pués por la gástrica es inutil emplearla.

Y de ahí el punto obscuro y hoy altamente en controversia entre los médicos. Si examinamos la sangre del enfermo, y no hallamos en ella la plasmodia, no hay medio de convencerles en la aplicación de la quinina, y si bien es verdad, que en muy contados casos y á la larga se curan sin ella los enfermos, la mayor parte de las veces sucumben víctimas de las complicaciones que de diversos órdenes se presentan en el curso de la fiebre. Si la reacción de Widál se presenta clara, entonces hay que someter al enfermo al tratamiento clásico, porque no habría quien en consulta se atreviera á proponer, como medicación causal la aplicación de aquella sal, y entonces abandonamos al enfermo á que luche con sus resistencias vitales, empleando solo la medicación sintomática saliendo, ó nó, triunfante en este desesperado combate, necesitando largos días de convalecencia para volver de nuevo á restablecer las fuerzas perdidas en tan desigual lucha.

Nosotros, en este caso, y mucho antes de que la bacteriología nos viniera á aclarar, ó nó, ese punto oscuro aún de etiología, instituimos como medicación sistemática y causal la medicación quínica de la cual hemos alcanzado grandes triunfos, aplicada, entiendase bien, por la vía hipodérmica. Nunca traspasamos la dósis en cada inyección de 0'25, pues hemos notado que cuando se ha aplicado una dósis mayor en una sola picadura estamos expuestos á induraciones dolorosas en el punto de la picadura, y hasta abscesos úlcerosos con todas sus consecuencias. Nos decidimos pues, por las ampollas de 0'25 de una sal soluble, poco ácida, no teniendo inconveniente en el mismo momento de puesta una inyección, de repetirla en sitio distinto á la primera, antes que hacerla á doble dósis, si la consideramos necesaria; de nó, aplicamos una sola inyección que repetimos, en lo posible cada seis ú ocho horas.

Al principio de este tratamiento no conseguimos el modificar de manera manifiesta el curso de la fiebre, y en muchos casos, sobretodo cuando el tratamiento ha empezado muy tarde han de pasar algunos días insistiendo en él, para observar sus efectos, más no importa; el deber nuestro, como lo hacemos, si la fami-

lia del paciente nos sigue dispensando su confianza, es seguir aplicándolo con perseverancia, para observar que las ascenciones de la fiebre no son tan exageradas, y que los períodos de remisión se hacen más largos; desaparecen las complicaciones que se habían presentado, y en general se vá modificando el cuadro sintomatológico del enfermo, hacia la mejoría.

¿En que período de la pirexia debe aplicarse este tratamiento? Aunque se carece de una regla fija, acudimos en nuestra práctica al termometro que es él que nos indica el momento más oportuno para las inyecciones. Como regla general podemos decir, que cuando la temperatura sea lo más baja posible, entonces aprovecharemos ese momento; mas si la temperatura, como sucede en repetidos casos, no oscila de modo manifiesto con tendencia á baja, ó pasa esta desapercibida, entónces procuramos una baja artificial y momentánea por medio de la balneación, ó ingestión de un hipotérmico, y hacemos las aplicaciones de las primeras inyecciones, pues para las sucesivas, las remisiones se hacen más francas y duraderas, no necesitándose por tanto el acudir á los medios indicados.

Tampoco podemos decir el número de ellas que son necesarias para combatir la infección, pués depende de infinidad de circunstancias, tales como la edad del enfermo, el número de días que lleva de cama, y más que todo el grado á que alcanzan las temperaturas; he tenido un caso bastante serio, en el que tuve que hacer 62 inyecciones para llegar á sanar al enfermo: pero en general, y como término medio bastan de 24 á 30.

El sitio de elección por mí empleado es la región glútea alternativamente, llevando la aguja tan profundamente como se pueda en el tejido celular, prévia una antisepsia esmerada de la región, y sobre todo de la aguja y jeringuilla, á la que le doy gran importancia. Desecho en absoluto, para las aplicaciones de esta clase de inyecciones los brazos y muslos, no tan solamente por que en estos sitios se hacen más dolorosas las inyecciones, sino porqué es probada la frecuencia de las induraciones, y de los abscesos, sobre todo, aún cuando se sigan con rigor las mismas prácticas antisepticas ya descritas.

En cuanto al complemento de la medicación, reduzco esta á la más mínima expresión; antisepsia repetida varias veces al día, de la boca, sobretodo si el enfermo toma leche, en lo que no insisto mucho, si no es apetecida. Mientras los fenómenos de hipertermia prevalecen, acudo, para rebajar la temperatura á la balneación repetida, ó á las fricciones alcoholizadas en todo el cuerpo, empleando además indistintamente segun las circunstancias, el polvo de Dower, la fenacetina, el piramidón, ó la criogenina. Cuando ya esta medicación no hace falta, la sustituyo por los tónicos en forma de poción; y para aumentar la presión en las venas renales, con el objeto de conseguir abundantes diurésis empleo á pasto el conocimiento de cebada, el agua albuminosa, ó las limonadas; ese es el tratamiento, que desde hace años sigo en esta clase de fiebres con el que estoy verdaderamente satisfecho por los éxitos que á diario con él obtengo.

Durante mi práctica en Aguadilla todos los casos de esta enfermedad aun aquellos que se hallaban bien avanzados, fuerón tratados por éste método, consiguiendo en cada caso un éxito completo.

No me es posible terminar este trabajo, aún á trueque de hacerlo algo extenso sin dejar de hacer mención especial de los trabajos clínicos y bacteriológicos que de esta entidad nosólogica está llevando á cabo nuestro muy ilustrado y competentísimo compañero Dr. G. Salazar, de Ponce, á quien aludimos en el curso de este estudio,

Cuando leimos en el Boletín de "La Asociación Médica" hace tiempo publicado el trabajo del Dr. Salazar, y la refutación que del mismo hacía el no menos ilustrado Dr. Y. Gonzàlez Martínez, ambos jóvenes médicos, que por su vasta ilustración científica hacen honor á la ciencia médica, y á nuestro país, el júbilo que sentimos fué grande al ver que no nos hallabamos solos en nuestras inéditas observaciones, y que había un compañero, que con más autoridad que la nuestra se ocupaba del despejo de esa incógnita de la patología tropical; al pensar publicar este sencillo esbozo, siempre fué nuestra intención, el dirigirnos, como así lo hemos hecho, al Dr. Salazar, en demanda de algunas observaciones propias, que vinieran á robustecer las nuestras, y atendiendo cortesmente á ella nos ha remitido un opúsculo editado el 1911, que con el modesto título de "Estudio clínico de un tipo febril frecuente en este país" ha publicado en Ponce.

El trabajo, que no voy á analizar ahora, es de un sabor clínico sincero, y en él quedan descritos con bastante perfección los tipos diferentes, que como modalidades de la enfermedad principal solemos hallar en la práctica. No queremos aventurar, ni mucho menos descorrer el velo que en los trabajos de investigación bacteriológica ha llevado y continua practicando el paciente compañero, solo si debemos expresarle, y por eso de intento nada he querido significar hasta este momento que sean cuales fueren los resultados finales de ellos la calificación de "Malaria Nostras" con que ha nominado el tipo febril que nos ocupa, no puede estar mas ajustado hasta ahora, á lo que en la clínica observamos dada la manera distinta con que el paludismo se nos presenta, en todas, y en cada una de sus infinitas variedades.

Y contra la opinión de muchos médicos, sotenemos que el tipo morbido que nos ocupa es paludismo al principio de la enfermedad, y termina con paludismo; no uno, sinó muchos casos pudieramos citar, de enfermos que después que han salido de su gravedad, se presenta en ellos, con los estadíos típicos de frio, calor, sudor, un estado más ó menos duradero, en que á veces, para dominarlo, tenemos que recurrir á la traslación del enfermo lejos del punto donde ha pasado su enfermedad, único medio que de manera positiva lleva al paciente á recuperar en breves días su salud.

Y ante la evidencia de los hechos ya señalados, y apelando á la sinceridad clínica de los compañeros que se dedican al ejercicio profesional en cuyas prácticas habrán tenido forzosamente que tratar algunos casos de "Malaria Nostras", cabe como más racional colocar esta pirexia en el paludismo que no en el grupo de las tifoideas, para-tifoideas, ni coli-bacilosis, en el momento presente, por más que ignoremos con certeza cual es su agente patógeno-específico, que no dudamos será descubierto y estudiado algun día.

El alcohol clasificado como agente narcótico. —Estudios cuidadosamente hechos sobre el efecto del alcohol en la resistencia vital, en el poder fagócitico de los leucocitos, en la producción de calor en la economía, en la digestion, en la acción del corazón, en la presión de la sangre, en los riñones, en el higado, en el cerebro y en el sistema nervioso, han demostrado que este liquido es un verdadero narcótico.

LA COLELITIASIS

SU FRECUENCIA, SUS CONSECUENCIAS.—TRATAMIENTO QUIRURGICO

DOCTOR J. AVILÉS

No es otro el propósito de este trabajo que evidenciar la frecuencia de los cálculos biliares como dolencia muy generalizada y la poca importancia que se da á su tratamiento quirúrgico que considero como el único medio de asegurar curaciónes radicales.

La colelitiasis es una de las entidades patológicas que con más frecuencia se observa en nuestros días y es de extrañarse que las autoridades médicas de la antigüedad, las cuales asombran por sus acertadas observaciones, nos digan tan poco acerca de esta afección de las vías biliares. En la edad media la medicina había progresado poco, y por lo tanto no es de esperar que encontremos trabajos relacionados con la patología de la vesicular biliar. Los cálculos biliares fueron observados por primera vez, en 1565, por J. Kentmann, de Dresden; participó su decubrimiento á Conrado Gesner que lo utilizó en su gran obra sobre los fósiles. En 1643 Fernel podia ya establecer con detalles sus carácteres, su etiología y sus síntomas. Las investigaciones anatómicas de Glisson fueron de capital importancia para nuestros conocimientos de los cálculos biliares.

Respecto á la patología, al diagnostico y á la terápeutica de las formas morbosas ocasionadas por los cálculos que nos ocupan, la literatura médica posee materiales que sería dificil analizar.

Ya sabemos que los principales elementos que entran en la formación de los cálculos biliares son la colesterina, en primer lugar y en mayor cantidad, sales de cal y pigmentos biliares(particularmente bilirubina).

Todo lo que se necesita para la formación de cálculos biliares segun opinión de Weekel von Hembash, es un centro de cristalización.

Es muy raro que los cálculos se encuentren aislados en las vias biliares. Existen, por lo comun, gran número de ellos, generalmente de 5 á 10 y 30, algunas veces miles. Yo he visto 195 concreciones parecidas á perlas en una mujer en la clínica Rochester y en número de 35 en otra joven en el hospital municipal de esta ciudad, y en una señora en estado de embarazo á la que hubo de practicarse la operación cesarea, encontramos un cálculo de forma cilíndrica que ocupaba casi toda la vesícula biliar.

Con respecto á la estructura distinguimos las siguientes especies de cálculos biliares:

1º.—Cálculos simples.—Su textura es uniforme; la fractura presenta una superficie terrea, jabonosa ó cristalina.

2º—Cálculos compuestos, con nucleos.—Estas concreciones están formadas de un nucleo central, rodeado de una zona más ó menos gruesa, y se encuentran revestidos, por lo común de una corteza que envuelve la capa media. Estas tres partes, nucleo, capa media y corteza, son apreciables en la mayor parte de los cálculos biliares.

El nucleo tiene generalmente un color pardo oscuro ó negro, y de ordinario está formado de un compuesto de colepirina y de cal unidas por moco.

Es excepcional que el nucleo de los cálculos biliares se halle formado por cuerpos extraños.

Se han observado, como nucleo, un coagulo de sangre, una lombriz muerta y seca; se ha observado un cálculo

biliar formado alrededor de una aguja, y otro formado alrededor de un hueso de ciruela.

En general estos casos son muy raros. Ordinariamente no hay más que un solo nucleo; pero en algunos casos se encuentran muchos en la misma envoltura.

El sitio de los cálculos biliares es en la vesícula; sin embargo se han registrado casos en que la formación de ellos se ha efectuado en el conducto común particularmente el hepático.

Los cálculos biliares ocurren con más frecuencia en las mujeres que en los hombres; se hace la proporción de dos terceras partes en las mujeres y una en los hombres.

Es difícil saber el porqué de esta desproporción; pero si analizamos este estudio detenidamente veremos que la infección microbiana es uu factor importante en la producción de los cálculos biliares y que las mujeres por sus condiciones físicas y peculiares del sexo son más propensas á llevar á la circulación hepática un buen número de bacterias especialmente del grupo colibacilar incluyendo el bacilo de Eberth. Otro factor importante en la producción de los cálculos biliares es la obstrucción de los conductos hepáticos que con mucha frecuencia observamos en el exámen *post mortem*.

Todos los hechos y estudios conocidos dan á entender que la infección de la vesícula biliar se verifica de una manera ascendente por la acción de los intestinos al llevar una corriente inversa de moco.

La predisposición de los cálculos biliares aumenta con la edad. Son raros antes de los treinta años, y por excepción se observan durante la infancia sin embargo se han registrados casos en personas de veinte y cinco años, de diez y siete, de diez y hasta de niños recien nacidos. De todas maneras vemos que existe una predisposición á la formación de cálculos biliares á medida que la persona vá entrando en años. Una razón lógica podemos dar para esta observación y es la gran tendencia á la degeneración de la celulas, con aumento en la formación de colesterina en las personas de alguna edad. La misma lógica se puede atribuir á la arterio esclerosis donde sabemos que la proporción de colesterina en la sangre, está aumentada considerablemente.

Se observa también que la existencia de cálculos biliares es más común en ciertas localidades que en otras. Esto se puede atribuir á condiciones particulares endémicas de algunos países y he aquí el punto que quiero poner de manifiesto; que siendo nuestro pueblo azotado casi á diario por infecciones gastro intestinales por razones ya bien conocidas por nosotros, puedan ser estas las causas indirectas que tengamos para la frecuencia de la enfermedad litiásica biliar en Puerto Rico.

Pero lo más importante á nuestro juicio es que esta dolencia tan común tiene un cuadro sintomatólogico bien estudiado y que pasa desapercibida, no precisamente por el clínico, que buena cuenta se dá de ello, sino del paciente muy dispuesto á ser su propio médico por el hecho de que le dicen que ello es una dispepsia, palabra muy en voga, ó una gastralgia, ó que no tiene apetito etc. etc. Más hay otra circunstancia grave entre las personas que sufren de cálculos biliares y es que apenas el médico les expone su diagóstico y su tratamiento racional, que no es otro sino el quirúrgico, lo rehusan sin darse la menor cuenta de las consecuencias de su temeridad, pues una vez pasado el síntoma más molesto, el dolor cólico, quedan tranquilos y se dedican á combatir su *dispepsia*.

Es pues nuestro deber, conociendo las consecuencias graves de la colelitiasis, hacer compreder al enfermo, el peligro de su dolencia.

UN CASO DE RIÑON SOLITARIO ENCONTRADO AL PRACTICAR UNA AUTOPSIA

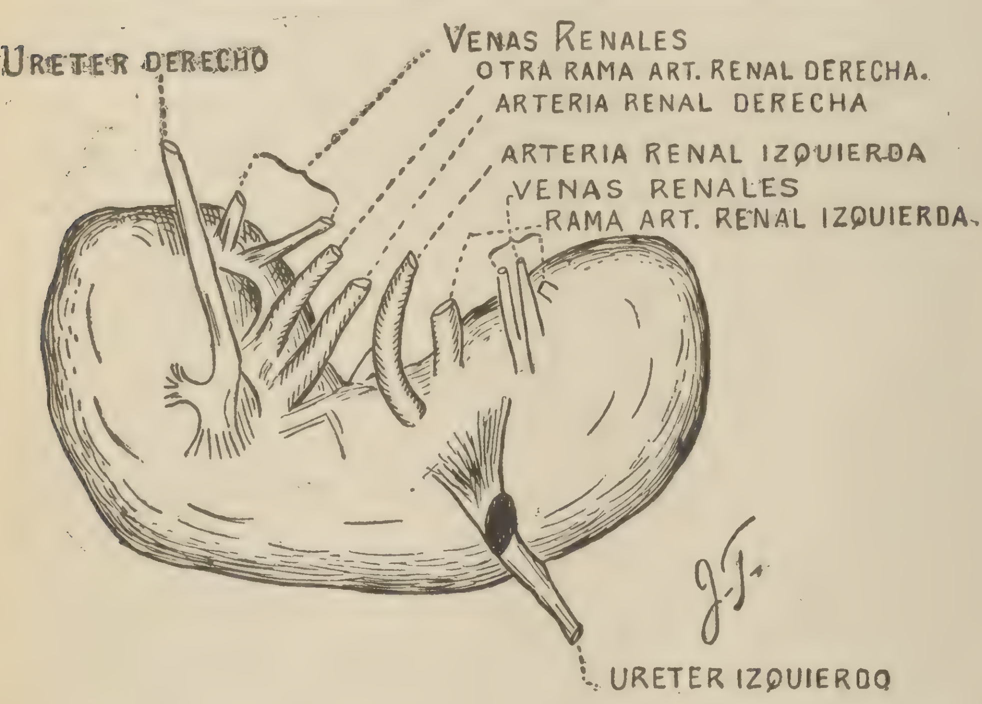
POR EL DR. J. BELAVAL

Al practicar la autopsia del cadáver de J. N. M., fallecido repentinamente el día 19 de Septiembre de 1912, á las cinco de la tarde, hallamos la anomalia anatómica cuyo nombre sirve de encabezamiento á estas notas.

HÁBITO EXTERIOR DEL CUERPO: Era el cadáver de un hombre, como de 35 años de edad, de mediana estatura, color blanco, bien nutrido, sistema muscular regularmente desarrollado, y á excepción de una marcada congestión hipostática de toda la región posterior del cuerpo, y de la rigidez cadavérica que aun mostraba en sus miembros inferiores, nada anormal pudo observarse en el exámen exterior.

EXÁMEN DE LA CAVIDAD ABDOMINAL: Procediose á la apertura de esta cavidad, percibiéndose inmediatamente una ligera congestión de todos sus organos y marcadísima distensión del canal gastro- intestinal.

DIAGRAMA DEL RIÑON TOMADO DE LA FOTOGRAFIA ORIGINAL



APÉNDICE VERMIFORME: Perfectamente normal.

HIGADO: Algo aumentado de volumen y congestionado.

VEJIGUILLA DE LA HIEL: De tamaño y color natural, conteniendo como una onza de bilis.

RIÑONES: Al comenzar el exámen del riñón izquierdo se observó que

aparecía desplazado de su posición normal; continuamos cuidadosamente su disección y pudimos comprobar, que solo existia un riñón en aquel cadáver y que su posición como en todos estos casos se separaba por completo de la normal, encontrándose situado frente á la columna vertebral, y como á la altura de la última vertebra dorsal; tenia la forma de una media luna comenzando su polo izquierdo en la región explénica y dirigiéndose hacia abajo y linea media del cuerpo, para ascender nuevamente á tocar con su polo derecho el angulo hepático del intestino grueso, quedando como es natural por detrás de él.

Tenía pues la forma de una media luna con su convexidad hacia la pelvis, y medía, diez pulgadas de largo, por una y media de ancho y una de grueso.

Se disecaron detenidamente sus dos ureteres; el derecho, partía del polo del mismo lado y de su borde superior y concavo, extendíase hacia arriba y hacia la derecha por la distancia de una pulgada doblándose más luego sobre si mismo y formando un ángulo agudo descendía por enfrente del órgano á buscar su posición normal en el resto de su curso. El ureter izquierdo partía de la superficie anterior del polo izquierdo muy cerca de su borde convexo y se dirigía abajo continuando su curso normal.

El riñon se encontraba perfectamente adherido y fijo á la pared posterior del abdomen por el tejido celular.

Su riego sanguineo era también peculiar derivándose de un tronco común de la aorta, se subdividía en dos ramas, una que se dirigía al polo derecho y se subdividía á su vez en varias ramas, antes de penetrar en él y la otra al izquierdo subdividiendose también en múltiple ramas, una de las cuales, la mayor, se subdividía nuevamente en dos más pequeñas, una que penetraba en el polo izquierdo y la otra que se dirigía al derecho. La circulación de retorno estaba constituida por una serie de venas que acompañaban en su curso á las arterias é iban á derramar separadamente por dos troncos en la vena cava inferior.

Resecado el riñon cuidadosamente se incindió todo á la largo de su convexidad notándose que la parte cortical ocupaba tres cuartas partes de su espesor mientras que, la cavidad de la pelvis se encontraba formado por pequeñas celdillas en comunicación unas con otras y cuya capacidad aumentaba según iban acercándose á los orígines de los ureteres.

Vejiga urinaria: Normal conteniendo pequeña cantidad de orina.

Bazo: Atrofiado, midiendo unas dos y media pulgadas de largo, por dos de ancho y media de grueso, algo friable y de color gris obscuro.

Cavidad torásica: Terminado el exámen detallado de todas las viceras abdominales, procedióse á la apertura de la cavidad torásica, observándose á primera vista una intensa congestión hipostatica de ambos pulmones así como tenaces adherencias de la pleura de ambos vertices acompañadas de un aumento muy perceptible en el espesor de dicha membrana.

Pericardio: Perfectamente normal, abierto éste, se diseca el corazón pudiendo anotarse los siguientes cambios patológicos; auricula y ventrículo derecho dilatados y vacios, válvulas pulmonares y tricuspide normales. Auricula y ventrículo izquierdos igualmente dilatados y vacios, el orificio de la mitral muy dilatado admitiendo con olgura tres dedos, las cortinas de la válvula mitral aumentadas de espesor, acortadas y corrugadas: las columnas carnosas de primer órden y los pilares tendinosos acortados hasta tal punto que no permitían la aposición perfecta de las mencionadas cortinas, dando por resultado una marcadísima insuficiencia mitral, cau-

sa indudable de la muerte de este individuo.

El arco de la aorta ligeramente dilatada con pequeños puntos ateromatosos; las válvulas aorticas normales.

Cavidad craneana: Manifiesta solamente al ser abierta una ligera congestión de las meninges.

UN CASO DE MACRODACTILIA

NOTA DE ESTUDIO

POR EL DR. J. N. CABONELL

Más bien á título de curiosidad científica y como asunto de observación y estudio para los inclinados y los espertos en esta materia, anotamos, para el índice de la teratología, este caso de deformidad congénita por exceso de todos los tejidos de la mano izquierda y dedos, recaída en un hombre que hoy cuenta más de treinta años de edad, bien constituido y que disfruta y ha disfrutado siempre de excelente salud. No refiere antecedentes hereditarios que se relacionen con su deformidad y expliquen las ideas aceptadas por Lamark, acerca de la transmisión hereditaria de las malformaciones de la índole que nos ocupa. No hemos de hacer mérito, enumerándolas, las causas fantásticas á que, en los comienzos de la formación de la teratología, se atribuían estas monstruosidades y malformaciones. El edificio asi erígido, por exaltaciones de la imaginación, cayó de su base cuando Meckel, con sus trabajos embriológicos demostró, que aquellas eran debidas, á la existencia de una suspensión de desarrollo, pero sin llegar á la verdadera naturaleza de tal suspensión. Más tarde el microscopio, ayudando potentemente á la embriología, ha ido deshaciendo, poco á poco, el denso velo con que se cubren estos caprichosos misterios de la naturaleza, explicando hoy en parte, un gran número de estas anomalías. Dice Pl. Mauclaire, que la aplicación del método experimental y positivo y los estudios de terapéutica experimental llevados á cabo por Feré, entre los cuales aparecen los injertos de embrión, y cuyos estudios pueden relacionarse á su vez, con los hechos por Lannelongue y Christiani acerca de los neoplasmas ya congénitos ó adquiridos, son trabajos que concurren á desentrañar cada día más, las causas á que obedecen las malformaciones y deformidades con que la naturaleza, parece complacerse en obsequiar á algunos seres organizados, complacencias que por fortuna se limitan mucho. Como puede apreciarse en esta radiografía, en el tamaño gigantesco

de los dedos, se encuentran simétricamente hipertrofiados todos los tejidos conservando, sinembargo, la mano, aúnque con gran limitación, todos los movimientos inherentes á este órgano, resaltando, como puede observarse en esta monstruosidad, los rasgos limpios y bellos que revelan el arte que la naturaleza imprime á todas sus obras.

GABINETE RADIOSCOPICO Y RADIOGRAFICO
DEL DR.
J. N. CARBONELL.

MACRODACTILIA DE LA MANO

BOLETIN DE LA ASOCIACION
Médica de Puerto Rico

SUSCRIPCION . . . 3 Dollars por año.

Jueves 31 de Octubre de 1912

EDITORIAL

Queremos hacer algunas observaciones médico-sociales con motivo de la carta del Dr. Stephenson que se publica en otro lugar de este número. El doctor ha conseguido en la pequeña población de la nueva municipalidad de Jayuya una mejora de incalculable beneficio.

La creación de un hospital, cuyo carácter primario sea el de atender á los pobres en sus enfermedades agudas es no solo una necesidad social, sino una obligación, un deber colectivo; es más que el cumplimiento de un deber, la prestación de la caridad en su forma más imperiosa.

En el congreso internacional de beneficencia celebrado en Paris en el año 1889 se reconoció el siguiente principio:

"Es obligatoria la asistencia pública para todos aquellos que se encuentren temporal ó definitivamente en la imposibilidad física de proveer á las necesidades de la vida." Con arreglo á ese principio humanitario, por el cual se define lo que es el pobre á los efectos del auxilio de los que pueden prestarlo, de los ricos, de la comunidad, tienen derecho á los cuidados de la beneficencia: 1º, los niños, huérfanos ó nó, materialmente abandonados, que no tienen ningún pariente obligado á acudir en su ayuda; 2º, los enfermos; 3º, los viejos y valetudinarios; y 4º, los dementes.

Respecto al segundo punto de la enumeración que es el que ahora nos interesa está plenamente demostrado, desgraciadamente, que ninguno otro del mundo se encuentra peor tratado que el enfermo pobre de Puerto Rico. Es esta una afirmación que resulta dura; pero debe hacerse así y mantenerse mientras otra cosa se pruebe en contrario con hechos concluyentes.

No es bastante, no es suficiente, por no amargar más el concepto, la atención que dan las municipalidades al enfermo pobre, en un pais donde la población está diseminada por los distritros rurales de manera tan alarmante y grave para la eficacia del progreso actual, donde las comunicaciones son tan difíciles debido á lo extremadamente plegado de nuestro suelo, y donde los fondos comunales son tan pobres como los mismos pobres, incapaces de subvenir á las necesidades del vecindario.

La beneficencia municipal en lo que respecta á la asistencia médica es una equivocación completa. No la hay, no existe. Decimos que no la hay aún cuando los médicos, distinguidos jóvenes entusiastas y activos por lo general, que tienen á su cargo el cuidado de los pobres en sus enfermedades, hagan verdaderos milagros de tiempo y medios para llenar las exigencias profesionales, siempre muchas, siempre apremiantes. No la hay, porque no puede haberla. Aún suponiendo que el médico titular dispusiera de tiempo y medios bastantes para ver y examinar y estudiar diariamente á *todos* los enfermos que lo *necesitan*, excluyendo desde luego la atención personal encuanto significa alivio moral para el enfermo, esa asistencia resultaría ineficaz.

Un enfermo no se cura, no se alivia, solo con el agente medicamentoso. Hay algo que es anterior y superior al medicamento, que es

el medio en que vive el enfermo, es la dietética, es la asistencia. De qué vale á un tifoideo que el médico municipal le vea y le examine y estudie su caso, y aún le suministre la sustancia medicamentosa que haya de aumentar sus defensas, vigorizar sus resistencias, ó destruir ó anular el agente de la enfermedad si ese enfermo carece casi en absoluto de los recursos económicos, de los recursos físicos indispensables para que se cumplan las prescripciones del médico? No es raro percibir la creencia vulgar de que en estos casos la medicina hace más bien daño que provecho. Lo mismo que se dice de un tifoideo, concretando la observación al tratamiento médico y pasado por alto el tratamiento sanitario, bien importante para los intereses comunales, debe extenderse al afecto de tuberculosis, al anémico, al renario, al cardiaco, al hepático, á todos los estados de enfermedad que exigen una dietética especial bien ciudada, como base para cimentar el proceso terapético que exige el restablecimiento de su salud.

La asistencia médica domiciliaria en Puerto Rico, principalmente en las localidades rurales, constituye un error, una gran negligencia administrativa y demanda, desde luego, con urgencia, cambio radical en todo el sistema de la beneficiencia municipal.

No creemos que sea esta una de las primeras peticiones formuladas para el cambio de la asistencia médica domiciliaria por la hospitalaria; ni tampoco que se haya recomendado, por vía de prudencia y para no chocar rudamente con la costumbre, entrar en la modificación gradual y lenta del sistema al punto de llevarla á cabo de manera insensible y cuando el procedimiento hubiere encarnado en las costumbres.

Es un hecho, que se ha adelantado tanto en esta cuestión que son ya contadas las familias que hagan objeción al tratamiento en el hospital de sus mienbros enfermos, una vez que los adelantos y las facilidades para mantener en condiciones de comodidad estas insituciones las ha despojado del carácter que hasta hace pocos, muy pocos años tenían, como último rincón reservado al pobre en su miseria para entrar en los dominios de la tierra. Eso mismo que ayer se consideró como el colmo de la desgracia y el desamparo, se estima y aprecia hoy como un bien, no solo en las pequeñas localidades sinó que también en nuestras grandes poblaciones. . El médico con su prédica constante ha influido mucho en este cambio radical del sentimiento del pueblo y ha hecho que se ponga de relieve la falta grave que comete un municipio cuando no provée á los vecinos de un hospital donde deba ser atendido en sus emfermedades.

No se comprende bien que haya pueblos que no tengan un hospital general para la asistencia de sus pobres. Aquí como en Enropa es atención preferente municipal, y corresponde á las corporaciones la iniaciativa, la erección y sostenimiento de dichas instituciones. En los Estados Unidos, sin dejar de tener el caracter benéfico con que conocemos nosotros la institución, sirven para la manifestación, bien elocuente por cierto, de la caridad pública, ordenada, sistematizada y sentida por modo voluntario, circuntancias todas que han echado raices hondas y firmes en las costumbres. En ese pueblo admirable por muchos conceptos, "la construción y dotación de los hospitales son tenidos como un deber para los ciudadanos particulares y las asociaciones, más que bien que

como obligaciones de un gobierno paternal ó de una iglesia." Carlota Aikens, hace notar "que la dotación de los hospitales es un acto de filantropia que llama á la puerta de muchas personas caritativas y ricas y que probablemente en lo futuro se hará en grado aún mayor." Nosotros no nos explicamos como se ha descuidado tanto Puerto Rico, la tierra de la caridad, el proceso de regularizar, de normalizar, de encauzar el ejercicio de la beneficencia, en lo que somos muy pródigos, de modo que con el menor sacrificio de los que *pueden* se logre hacer el mayor beneficio á los que *no pueden*. Y aún teniendo en cuenta que este país es un país de pobres, si se fija la atención al propio tiempo en lo mucho que *se bota ó se malgasta por los que no son y los que no se tienen por pobres*, se verá que hay margen más que suficiente para que en cada pueblo de la isla haya un hospital para atender á las necesidades primordiales de la beneficencia pública.

El hospital municipal es una necesidad. El hospital es anterior á muchas comodidades vecinales. Sin una plaza pública se puede vivir; sin un teatro, se puede vivir; mas si hay casas para resguardarse de las inclemencias atmosféricas y hay una residencia oficial para las autoridades locales y hay un acueducto para apagar la sed y letrinas para alejar las escretas, y un cementerio para enterrar los muertos, forzosa é ineludiblemente debe haber en cada grupo de población urbana un hospital, que allí donde hay obreros que han de ganar la vida con el luchar constante sobre la tierra ó sobre el trabajo, para el mayor auge y mayor crédito de los demás en el movimiento universal del progreso, allí debe haber una mansión bien acondicionada para aminorar las fatigas de la eufermedad, para curarla, para reparar los estragos de la batalla diaria. Un ejército dispuesto para luchar cuida en primer término, y al propio tiempo que de los pertrechos de guerra, de su cuerpo de sanidad, que no sería caritativo que cayera en tierra un combatiente y hubiera de quedar abandonado en el campo en que le derribó su heroismo, sin hallar una mano humanitaria é inteligente que restañara sus heridas. En este sentido están aquí en esta tierra de la prodigalidad mejor los gallos de pelea que los hombres, pues que aquellos encuentran siempre un remedio para sus heridas y el pobre nuestro muchas veces no lo encuentra.

Varias veces se intentó en Puerto Rico llevar adelante la idea de guiar á los pueblos por el camino de la creación de hospitales generales; pero siempre falló el intento por la carencia de esa virtud que tienen otros pueblos y que el nuestro no ha alcanzado todavía, de fiar el éxito de sus propósitos á la persistencia en la demanda. Si las corporaciones oficiales bien penetradas de la necesidad de que cada pueblo, cada ciudad, cada grupo de población de vida urbana tenga un hospital donde auxiliar á los pobres necesitados de asistencia médica en sus afecciones agudas, hicieron el esfuerzo para conseguirlo, no insistieron en él y languin deció el pensamiento y al fin murió para no aparecer sinó, de tiempo en tiempo, como llamaradas del deseo de los filántropos. Y es que los hospitales son una función municipal que corresponde directamente á las corporaciones populares; mas como quiera que estas no se han penetrado todavía de la necesidad imperiosa que dichas instituciones de beneficencia representan, han sido relegadas á último lugar y nunca

les llegó el turno en la batalla que los municipios libran con los presupuestos; si bien, repetimos. son una función estrictamente municipal no saldrán á luz ni llegarán á vías de hecho hasta tanto que la iniciativa particular no las preste todo el calor necesario para desarrollarse y para vivir.

Asi vemos que algunas poblaciones de la isla que tienen y sostienen hospitales muuicipales, siendo de recursos limitados, lo hacen debido á la influencia de las personas caritativas, á la persistencia de las mismas para mantener dichas instituciones. No sabemos si vamos equivocados respecto á Ponce; pero el hospital espacioso que unido al hospital civil tiene la simpática ciudad, de muchos años atrás, y, que sirve no solamente para los pobres de Ponce sinó también para los pobres de los pueblos limítrofes del sur de la Isla, fué erigido por una fundación particular y lleva el nombre de su fundador, don Valentin Tricoche. Hasta hace muy poco tiempo no pudo contar San Juan con un hospital hasta que la decisión de un Alcalde y la constancia de algunas personas decididamente interesadas en la instauración, llevaron á cabo el pensamiento hospitalario de que hoy con grandes ventajas gozan los vecinos de San Juan.

El trabajo llevado á cabo por el Dr. Stephenson en Jayuya tiene excepcional importancia, como ejemplo de lo que es posible conseguir en las diferentes localidades de la isla siempre que haya una persona capaz de aprovechar los sentimientos generosos de nuestro pueblo, de guiarlos, encauzarlos por la vía de la beneficencia colectiva, que es la llamada lo mismo aquí que en todas partes del mundo á dar frutos sazonados. Jayuya, gracias á las iniciativas del indicado doctor y de su esposa la Sra. Nellis Sephenson, que han sabido aprovechar las buenas disposiciones de sus habitantes, el pueblo tomará la delantera en este respecto á todas las demás poblaciones de igual y de superior categoría respondiendo gallardamente á las necesidades que toda población á de cubrir si quiere ganar el título de culta y progresiva en esta época en que la evolución de las ideas nos lleva de la mano á las grandes conquistas de la ciencia, protejiendo la salud y la vida contra los enemigos del cuerpo que de año en año se debilita y exije mayores cuidados para vencer en la lucha por la existencia.

Muy convencidos por la experiencia que en la materia hemos tenido, de que esas instituciones de beneficencia responden mejor á los fines para que se crean cuando se liberten de la tutela municipal, insistimos decididamente en la idea de que debemos guiar al pueblo por el camino de la beneficencia colectiva privada para conseguir que estos institutos caigan de lleno bajo el gobierno de las asociaciones benéficas antes que de las corporaciones políticas. Abundando en estas ideas, creemos que es preferible que las corporaciones municipales limiten su acción á auxiliar á las asociaciones benéficas á los fines de creación y sostenimiento de hospitales que, por el contrario, las iniciativas privadas hayan de auxiliar á las corporaciones municipales en el sostenimiento de los que corren á cargo de la administración pública, con toda pesadumbre de los formularios de la ley que entorpecen la marcha desembarazada de esta clase de instituciones.

Es notorio que á los médicos, nuestros compañeros, que viven en las poblaciones rurales dedicados al sacerdocio de la curación de enfermos corresponde en primer lu-

gar la iniciativa para la erección de hospitales; pero para hacer factible esa iniciativa y fomentar el desarrollo de pensamiento de tanta utilidad y trascendencia para todas las poblaciones de la isla, sería conveniente que las corporaciones políticas de todas clases tomaran la resolución de arbitrar un medio por el cual los pueblos de la isla pudieran, bajo determinadas condiciones, hallar recursos bastantes para la construcción de edificios *ad hoc* para dichos hospitales municipales. En este sentido debería legislarse un medio especial, porque especial es el humanitario pensamiento, algo que facilitara la consecución del dinero necesario para las obras sin que fuera un obstáculo, un entorpecimiento, una dificultad, en un último caso, un pretexto para que las corporaciones municipales dieran la espalda al asunto viendo en peligro la ejecución de otras obras más brillantes y que recaban mayor gloria para las corporaciones políticas administrativas de los pueblos.

Este periódico respondiendo derechamente al pensamiento dominante en todos los comprofesores médicos que integran la Asociación Médica de Puerto Rico no desmayará un momento en continuar sus esfuerzos para la realización de estas ideas magnanimas y desde luego pone sus columnas á disposición de todas las personas que comulguen con nosotros en los sentimientos profesionales ó que sean totalmente agenas á ellos, para que nos auxilien en esta labor á fin de que llegue el día no lejano, porque estas cosas no exigen mucho tiempo, en que cada pueblo de la isla, del mismo modo que tenga calle, plazas, buenas residencia, escuelas, iglesias y cementerios y acueductos usados como signos de comodidad y progreso y necesidad, tengan como signos de la caridad y de los sentimientos altruistas del vencidario un hospital higiénico modesto, en que el pobre, en sus momentos de tribulación, confie, para hallar una almohada en que reclinar su cabeza, una mano cariñosa que alivie sus dolores morales y una mano inteligente que luche eficazmente contra el enemigo que se llama enfermedad.

VACUNAS BACILARES AUTOGENAS

El precioso artículo que sigue es original del Dr. Henry A. Craig de New Brighton, N. Y. Ha sido traducido para nuestro Boletin por el Dr. Malaret y contiene una exposición clarísima y completa de la importancia que en la clínica ha alcanzado la vacunación obtenida del mismo enfermo sin haber de rrecurrir al laboratorio más que para la preparación del material propio.

El Dr. Graig muy conocido Patólogo y Bactériologo ejerce dicho cargo en el Hospital de San Vicente de Staten Island y en el Sanatorio S. R. Smith y ha tenido la idea, con dicho trabajo, de exponer sus observaciones personales hechas en 300 casos de enfermedades bacilares tratadas en el Hospital, en el Sanatorio y en su clínica privada. Es un trabajo sumamente interesante que continuará en el próximo número y que recomendamos con verdadero gusto á nuestros lectores.

Por vacunas bacilares se entiende la suspensión de bacterias, que han sido muertas por medio del calor ó de agentes químicos, en solución salina normal, solución que es

luego normalizada por la numeración y dilución de modo que cada centimetro cubico contenga el número de bacterias que se requiera y el cual varía según la dosis de la vacuna. Luego, se le añade un preservativo, como por ejemplo ácido carbólico al medio por ciento, para evitar la contaminación.

Las vacunas autógenas se preparan con bacterias obtenidas del paciente, que está bajo tratamiento y corresponden, por consiguiente, á las bacterias determinantes de la enfermdad. Las vacunas "stock" consisten en bacterias que, morfológicamente. son iguales á las bacterias que causan la enfermedad; pero que han sido obtenidas no del paciente que se halla bajo tratamiento sino de otro origen. Por desgracia, el hecho de que sean similares, morfológicamente, á las basterias que están haciendo el daño no garantiza que hayan de corresponder exactamente á ellas por razón de que varios de los grupos mayores de bacterias tienen muchas subdivisiones, como p. e., el streptococcus y el bacilus coli. Por tales razones, las vacunas autógenas son en todos los casos, siempre que se puedan obtener, superiores á las vacunas "stok". Como muchas infecciones son mixtas, cuando se preparan vacunas autógenas sería conveniente, en muchos casos, no aislar organismo alguno sino hacer cultivo de todos juntos y luego normalizar la vacuna guiándose para ello por el organismo predominante. En la serie de casos que consignamos en este trabajo, menos de las dos terceras partes fueron debidos á un solo organismo y en la otra tercera parte se encontraron dos ó más. También puede ocurrir. en infecciones crónicas, que haya un cambio en la flora bacilar cuando la infección original desaparece y otra toma su lugar ó se suma á ella; por eso es necesario hacer cultivos nuevos, de vez en cuando, para poder reconocer cualquier cambio que haya ocurrido en la flora bacilar y preparar, si fuera necesario, vacuna autógena nueva.

El propósito de las vacunas bacilares es el de ayudar á la naturaleza á producir una immunización activa contra la infección existente. Antes de que se usaran sueros ó vacunas en el tratamiento de las enfermedades, teniamos que esperar á que el cuerpo del enfermo elaborara los anticuerpos necesarios para neutralizar las toxinas y destruir así las bacterias determinantes de la enfermedad. Si esto tarda en ocurrir tiene lugar la prolongación de la enfermedad, ó la terminación fatal de la misma debido al daño causado en el organismo general. Si las vacunas bacilares se usan temprano estimulan los tejidos para que formen los anticuerpos necesarios y de este modo se evita que por la influencia maligna de las bacterias y sus toxinas se prolongue el padecimiento; es decir, lo principal en el tratamiento de las infeciones bacilares es la producción de la immunidad. Se trata simplemente de trasmitir el poder necesario para efectuar la curación, equivalente al poder necesario para resistir la infección.

Hay dos clases de immunidad, una activa y otra pasiva. La inyección de los diferentes sueros emplados produce una immunidad pasiva, pues los agentes protectores se introducen en la economía ya preparados para actuar en contra de las bacterias y sus toxinas. Este parece ser un método ideal de tratamiento, pues la immunidad se produce casi inmediatamente y no requiere ningun esfuerzo por parte del organismo. Desgraciadamente la immunidad asi producida es temporal solamente y el tratamiento

solo es posible en un numero limitado de casos. La producción de suero antagonista á las causas bacilares de una enfermedad solo es posible en cierto número de casos, especialmente en la difteria, el tetano etc.

La immunidad producida por la introducción en el organismo de vacunas bacilares es un ejemplo de immunidad activa. Se estimula á los tejidos del cuerpo á que elaboren ellos mismos sus agentes protectores, lo mismo que ocurre cuando se determina una curación por los medios naturales. Este tratamiento tiene càmpo de aplicación muy amplio, pudiendo emplearse en todos los casos en que es conocido y es posible obtener el organismo causante de la infección.

El tratamiento requiere que haya suficiente vitalidad en el cuerpo del enfermo para responder bien al estímulo de la vacuna. En el caso de un organismo gastado ya por la toxemia, etc., los tejidos pierden la facultad de responder al estímulo de la vacuna produciendo anticuerpor específicos y por consiguiente, el tratamiento no debe dejarse como último recurso, cuando el cuerpo no tiene ya tiempo ni poder para responder á la solicitud. En tales casos, el suero, si es aplicable, es mejor, pues se lograria producir una immunidad pasiva lo cual no requiere ni tiempo ni esfuerzo de parte de la economía.

Las enfermedades infecciosas son causadas por la entrada en la economía de alguna clase de bacterias. Si el organismo es sucesptible á su acción perjudicial procura hacer resistencia á las huestes invasoras, y entonces comienza la batalla cuyo fin será la muerte de uno ó otro. Las bacterias se multiplican rápidamente, ya sea localmente ya sea por todo el sistema, y producen sus efectos dañosos principalmente por la elaboración de toxinas venenosas. En esta batalla entre el organismo y las bacterias, el principal medio de defensa del cuerpo son los fagocitos (células que tienen la facultad de ingerir las bacterias y destruirlas por el proceso de digestión). Muchas células del organismo tienen esta facultad; pero los principales fagocitos del cuerpo son los leucocitos de la sangre. Estos son los soldados de la economía, un gran ejército que puede duplicarse ó triplicarse en poco tiempo. Pero estos soldados no pueden hacer nada si no tienen armas necesarias, y las armas necesarias son ciertas substancias en el suero de la sangre que se llaman opsoninas, y se llaman así porque actuan sobre las bacterias de tal modo que pueden ser, entonces, facilmente cogidas por los lucocitos y destruidas No actuan estimulando los fagocitos á tener mayor actividad como podría suponerse. Si una emulsión de bacterias y una de leucocitos lavados se ponen juntos en un tubo de ensayo, no ccurre nada; si se le añade entonces suero de samgre fresca que contenga las opsoninas necesarias, los lucocitos empiezan á atacar las bacterias vigorosamente.

El resultado de la administración de vacunas bacilares es un aumento de las opsoninas específicas. Este aumento se puede apreciar tomando el índice opsónico; este es, la relación entre el poder opsónico del suero de la sangre con el normal y como hay aumento de leucocitos aumentan proporcionalmente los soldados armados. Pero debe tenerse en cuenta que la administración de vacunas bacilares no provée directamente á los soldados, los fagocitos de las armas necesarias, las opsoninas; todo lo que hace es estimular los tejidos y especialmente los conjuntivos subcutáneos de tal modo que estos fa-

briquen mayor cantidad de opsininas. Por eso las vacunas bacilares no se introducen en el organismo nunca por la vía intravenosa ni por la boca, sino por inyección hipodérmica en los tejidos conjuntivos subcutáneos que es donde principalmente se elaboran las opsininas. La sangre los lleva de allí al lugar de la infeción, si esta es local, y una vez allí auxílian en la batalla á los fagocitos.

En esto no hacemos otra cosa que copiar á la naturaleza, pues en cuerquier infección se determina la muerte y desintegración de muchas bacterias, después de lo cual actuan como antígeno para aumentar las opsoninas especificas, del mismo modo que la obsorción de toxinas del campo de infección estimula á la economía para la formación de antitoxinas.

Después de la administración de vacunas bacilares la cantidad de opsoninas aumenta por espacio de diez dias al término de los cuales llega á su maximum; se mantienen constantes por algun tiempo, y de ahí empiezan á declinar hasta que llegan otra vez á la cantidad normal, pocas semanas ó meses después. En muchas enfermedades la inmunidad producida dura mucho más tiempo que el período en que se encuentran en la sangre los anticuerpos. Esto se debe, sin duda, á que los tejidos adquieren el poder de reaccionar con rapidez con la misma infección si volviera á ocurrir, por lo cual se producen rapidamente grandes cantidades de anticuerpos de modo que los organismos invasores quedan destruidos antes de que puedan hacer algun daño.

¿Porqué decimos que las vacunas autógenas son superiores á las vacunas "stock"? Del mismo modo que se ha demostrado la especificidad de las antitoxinas, precipitinas, aglutininas, analactinas etc., se ha comprobado que las opsoninas producidas por la inyección de vacunas bacilares son absolutamente especificas, y preparan solo su variedad particular de bacterias para que puedan ser ingeridas por los fagocitos, y por consiguiente, no debe esperarse ningun beneficio á menos que se inocule la vacuna que se requiera. No es suficiente que se obtenga el grupo bacteriano, sino que aún es necesario que corresponda la subdivisión del mismo, pues son especificos hasta ese grado. Para evitar esto, muchas de las vacunas "stock" se preparan con bacterias obtenidas de diversos origenes ó vacunas polivalentes. También es preciso que la vacuna esté preparada con bacterias que tengan la misma virulencia que las que determinan la infección No debe esperarse ningun beneficio de una vacuna preparada con una póstula de acné para tratar un carbunco virulento, aunque la infección en ambos casos haya sido causada por el staphylococcus. Del único modo que se pueden llenar todos estos requisitos es preparando vacunas autógenas.

En la serie de casos clínicos á que nos referimos no se ha tratado de medir los efectos de la vacuna por medio del índice opsónico. La técnica es complicada y los resultados varian demasiado para que justifiquen el tiempo y trabajo que exige. Son suficiente guia los sintomas clínicos con auxilio de las reglas generales para determinar la posología, los intérvalos que han de establerse de dósis á dósis, etc. El contage de leucocitos no ayuda en nada como guia; sin embargo, las vacunas bacilares aumentan en muchos casos el número de leucocitos. Pero también otros médicos hacen lo mismo, como el ejercicio,

el alimento, los baños fríos, las infusiones salinas, ciertas drogas, ect. Como ya hemos dicho, el valor de las vacunas bacilares consiste en que aumentan el poder de los tejitos para producir opsoninas es pecícas, y asi sustituyen á los soldados con armas suficientes para la batalla que se ha de librar. Por lo regular hay un número suficiente de soldados, de diez á treinta mil, por milímetro cúbico—uno ó dos millones por gota—pero si estos no tienen las armas suficientes no sirvan para nada. Eso es lo que sucede en muchas infecciones en que el enfermo pierde terreno aparentemente como se ha comprobado por los buenos resultados obtenidos después de la administración de la vacuna. En la fiebre tifoidea las células endoteliales de los espacios linfáticos, etc., parecen ser los fagocitos más activos contra dicha forma especial de infección y los leucocitos no se aumentan. En la tuberculosis los linfocitos y las células de los tejidos conjuntivos parecen ser los principales factores en la defensa, y en este caso tampoco resultan aumentados los leucocitos. Pero en todos los casos se necesitan opsoninas que preparen las bacterias de modo que los fagocitos puedan destruirlas.

(*Continuará*).

UNA CIUDAD HIGIENICA

SARANAC LAKE

POR EL DR. P. MALARET

El trabajo que publicamos á continuación, que se debe á la pluma del doctor don Pedro Malaret Tió, ha sido traducido fielmente por el joven doctor en medicina y cirugía, adscrito hoy al Servicio de Sanidad y hospitales de Marina de de los Estados Unidos, para su publicación en nuestro BOLETIN.

Este trabajo contiene una gran enseñanza para nuestro país. Describe con tintas fuertes como es que una ciudad puede llegar á ser una ciudad higiénica, siempre que haya una persona con relieve personal bastante, con capacidad suficiente y energía á prueba de dificultades para iniciar y desarrollar y sostener un pensamiento que tiene que chocar con aquellos mismos en cuyo favor se realiza.

Bien leido el artículo puede verse que estas materias de higiene y sanidad han de ser tratadas en el terreno de la práctica educativa de los principios que la informan de tal modo que cuando la siembra germina, los resultados son firmes y no languidecen ni mueren á poco que sea el de las autoridades á quienes la ley encomienda función social tan importante. Un pueblo bien instruido en cuestiónes sanitarias, educado en la escuela, traslada dicha educación al hogar y entonces es cuando puede cantarse victoria. Todos los intereses privados que chocan fatalmente con intereses colectivos de la sanidad pública, se adaptan mejor á los perjuicios materiales cuando están iniciados en la importancia, significación y necesidad de la medida sanitaria que cuando la ignorancia rechaza egoista como daño intencional lo que es en verdad beneficio altruista.

Si un pueblo pasa por la escuela y allí recibe la noción de la higiene personal como garantía de la salud y de la sanidad como escudo protector contra los enemigos de la salud pública, ese pueblo está salvado pues tendrá en cada individuo conciente de sus deberes rurales un auxiliar de la sanidad, un inspector de sanidad barato y eficiente.

El hecho que nos ofrece el estudio que sigue habla por sí solo en favor de la propaganda de la ciencia. No obstante que á Saranc Lake acuden enfermos de todas partes atraidos por su clima benéfico para sus padecimientos ha bajado la cifra de mortalidad á términos elocuentes. Una ciudad donde las calles parece que se lavan díariamente con jabón, es una ciudad ideal y á fé que en contra de lo que algunos creen, la vida es más fácil, más cómoda porque exige menos

cuidados para la protección personal, en una ciudad limpia, higiénica, sanitaria, que en otra sucia donde cada paso representa una precaución.

El joven y distinguido doctor Malaret Tió, laborioso y de buen gusto en sus lecturas nos ha proporcionado un trabajo de gran interés público y que ofrecemos con gusto á nuestros lectores y con él la oportunidad de enviarle sinceras gracias.

Saranac Lake es un pueblecito en el cual no ha habido más que diez y siete defunciones causadas por enfermedades contagiosas, en los últimos doce años. Tiene Saranac Lake un servicio de aguas y un sistema de cloacas que pueden servir de modelo para muchas ciudades y un código de sanidad notabilísimo que saben hacer cumplir.

(El "World's Work" anunció, en el mes de Mayo, que daría un premio de $1000.00 al mejor artículo sobre la regeneración sanitaria de un pueblo pequeño. Los editores dieron la preferencia al que insertamos á continuación, creyéndolo el más sugestivo para otras localidades que están luchando con el problema de mejorar sus condiciones sanitarias).

Una tarde del invierno pasado salió del comedor del hotel de Saranac Lake un comisionista viajero, y, sin darse cuenta de lo que hacia, escupió desde el balcón á la calle. Un hombre de aspecto sencillo y vestido como los demás, se acercó al comisionista, y lo arrestó, dándose á conocer como el oficial de Sanidad.

"¡Dios mío!" exclamó el comerciante" Esto pasa de la raya".

El representante de la sanidad le dijo—sin demostrar ninguna impaciencia: "Escupir en un sitio público es un *misdeamenor*.

"¡Cielo santo!" exclamó el comisionista. No podía decir más, puesto que tenía conocimiento de que ordenanzas parecidas existian en otros lugares, con la sóla excepción de que en otros lugares si era cierto que tales ordenanzas existian, no existian sino como adorno".

"Aquí no es así", dijo el oficial de sanidad, cuando llevaba á su prisionero á la presencia del juez de paz. Sepa usted que nosotros teníamos en este pueblecito una ordenanza prohibiendo escupir en el suelo mucho antes que adoptara otra parecida la junta de sanidad de la ciudad de New York. Y también es cierto que les llevamos ventaja, en lo de hacerla cumplir.

"¡Está bien! dijo el comisionista, ardiendo en cólera. "¿y qué diablos tiene uno que hacer?" "En el hotel hay escupideros" le dijo el Oficial. "Y si tiene Ud. que expectorar cuando esté fuera, use uno de estos", y le enseñó un escupidero de papel de la clase que venden en las boticas á peso la gruesa; añadiendo: queme el usado, cuando adquiera otro nuevo.

Como el comisionista era extranjero en Saranac Lake, y no le conocian, el juez lo dejó en libertad tan luego le hubo reprendido; y tan pronto como el comisionista se encontró libre en la calle, lo primero que hizo fué volver á escupir, demostrando una gran turbación.

Por segunda vez sintió que le tocaban en el hombro, y por segunda vez fué conducido ante el juez.

"¿Cómo, tan pronto aquí?" le dijo el juez, al imponerle diez dollars de multa.

Y después que la hizo efectiva, el comisionista le preguntó al oficial de Sanidad con cierto sarcasmo, si Saranac Lake era el pueblo sin mancha, del que tanto se hablaba y donde se lavaban las calles con jabón de marca patente todos los días.

El del *Board of Health* le contestó que nó sonriéndose; y añadió: "lo único que hacemos es infiltrar en los ignorantes un poco de sentido común, y nada más".

Pero la verdad es que Saranac Lake, situado en las montañas Adirondacks, es un pueblecito tan bonito, que, con su población de 5000 habitantes tiene más derecho al título de "pueblo sin mancha" que cualquier otro lugar de los Estados Unidos, no importa su tamaño. Aunque la juventud del pueblo recuerda el tiempo en que no había comunicación ferroviaria con el resto del mundo, ha demostrado este pueblecito ser un buen innovador en la práctica de un código Sanitario científico. El código de Saranac Lake ha ejercido gran influencia; y hasta el momento en que la ciudad de New York y el *Board of Health* del estado de New York hicieron su código general, no se olvidaron del ejemplo ofrecido por el pequeño pueblo. Hay todavía más; en 1908 el congreso nacional de médicos, notables que se reunió en Washington, concedió á Saranac Lake una medalla como premio á sus excelentes ordenanzas sanitarias, preventivas y curativas, que gobiernan aquella comunidad rural.

En resumidas cuentas, he aquí un pueblo de (5000) cinco mil habitantes, en el que, desde que empezaron á regir las ordenanzas de Sanidad, en 1896.;

(1) No ha habido una sola defunción debida á sarampión ó á escarlatina.

(2) Debidas á la difteria hubo única-

mente dos muertes; una de ellas ocurrió en un niño, *que trajeron al pueblo*, cuando la enfermedad estaba ya muy avanzada.

(3) De fiebre tifoidea no hubo sino diez muertos, en quince años; seis ocurrieron en los primeros cuatro años de la existencia del *Board of Health* y las otras cuatro en los diez años siguientes, cuando la población se había duplicado.

(4) La tuberculosis hizo una víctima. en los primeros cuatro años de la existencia del *Board of Health*. Desde 1897 hasta 1900 una persona en 693; de 1901 á 1905, una persona, entre 1241; y de 1906 á 1911, una persona en 3125.

Los datos sobre tuberculosis se refieren á la población residente, que aumentó durante la existencia del *Board*, de 1500 á 5000. En cuanto á las estadísticas de mortalidad, hay que hacer justicia al pueblo, pues hay una población de más de mil personas que van y vienen á Saranac Lake con el propósito de curarse la tuberculosis. Actualmente el promedio de fallecimientos anuales, por diferentes causas, hace un número total de 150 entre el número total de personas que hay en el pueblo. Si se comparan estos datos con los que ofrece la población residente, se ve enseguida de donde procede el mayor número de muertos, por diferentes causas. A Saranac Lake va un gran número de víctimas de la tuberculosis, van allí, como única esperanza, y en estado casi moribundo, y no sería justo que tales muertes, ocurridas en el pueblo, se consideren con un criterio desfavorable como si se tratase de la salud general del pueblo.

Hace veinte años Saranac era una aldea de los bosques, con una población de menos de 1000 almas, separada del resto del mundo, por 40 millas de bosque; sacaban el agua en latones que guardaban en barriles, tiraban las inmundicias por las puertas traseras de las casas y esas inmundicias estaban más ó menos cargadas con los gérmenes de la fiebre tifoidea, difteria y otras enfermedades contagiosas.

Hoy tiene esta linda población:

(1) Un servicio de agua y un sistema de cloacas que está mucho más adelantado que el de cualquier otro pueblo de su extensión.

(2) Sus calles adoquinadas y el pueblo alumbrado con luz eléctrica.

(3) Un departamento de limpieza de calles; otro de bomberos; fuerza de policía muy eficiente y un cuerpo de inspectores generales para velar por las condiciones del pueblo.

(4) Sus comerciantes y sus médicos han constituido un *Board of Health*, un *Board of Trade*, y una sociedad para la prevención y cura de la tuberculosis.

(5) Sus matronas han organizado una sociedad para el mejoramiento del pueblo y para predicar por todas partes como debe ser el hogar sanitario.

(6) El tanto por ciento de defunciones debidas á enfermedades contagiosas entre los habitantes residentes, contraidas dentro de los límites del pueblo,es tan ínfimo que es muy difícil de computar; tan cierto es que pueden pasar varios años sin que ocurra una sola muerte bajo tal encabezamiento.

Y lo más asombroso todavía es que una gran parte de la población residente fué al pueblo enferma de tuberculosis, allí se curaron, les agradó el sitio y se quedaron.

La prueba de lo muy escrupulosos que son en Saranac es que aunque nunca hay menos de 1000 tuberculosos, dentro o en los alrededores del pueblo—(enfermos transeuntes)—no se ha dado el caso de que un residente haya contraido la enfermedad por contagio.

Las medidas sanitarias son tales en esa población rural, que el gérmen de cualquier enfermedad queda aislado, por lo menos, en la persona que la padece. Saranac Lake ha demostrado, con pruebas argumentales que Hester St. ó Hell's Kitchen podran ser tan inmunes como ese pueblo montañés si se observaran del mismo modo las disposiciones sanitarias. El moto ó divisa de los *leaders* municipales contra las enfermedades trasmisibles pudiera muy bien ser este:

"Cuídese cada uno de los desperdicios y el aire se cuidará por si mismo".

Cuantos hayan leido las cartas de Roberto Luis Stevenson desde Saranac Lake en 1888 podrán formarse una ídea de las condiciones que existen allí desde entonces.

COMO FUE QUE STEVENSON CONOCIO EL PUEBLO

El pueblecito se componía de un montón de chozas esparcidas por las orillas del rio Saranac, siendo dicho rio la principal cloaca, el que suministraba agua para beber, y lavadero para las familias.

La tifoidea y la difteria se hallaban en lucha por ponerse á la cabeza de las estadísticas de mortalidad, si es que se hacían tales estadísticas. Se temía tanto al viento del invierno como al aire de la noche; se vivía como en la edad de la sombra En la parte de residencias de la población había mucha tuberculosis, pues como hacia frío las casas estaban siempre herméticamente cerradas. La

sala era en realidad el almacén de la leña en invierno. Las voraces estufas eran su mueble principal, porque se alimentaban con fuego. No era Stevenson el único que se encerraba en Saranac, con el humo de la leña y del tabaco; había otros también cuyos oidos eran sordos al que predicaba los beneficios del aire fresco, el Dr. Trudeau.

Los desperdicios eran arrojados por la puerta de atrás. puerta que quedaba cerrada enseguida; cuando por la mañana deshelaban el agua de grandes bloques de hielo, por lo regular se quedaba en el fondo del jarro de beber de la familia, una mezcla de toda clase de sedimentos; y cuando llegaba la primavera y los restos del invierno desaparecían, entonces se aspiraba un aroma poco grato, cierta especie de mal olor que traía sobre la tierra y sobre las personas muchas enfermedades.

Durante los calurosos días de verano las cosas se ponían todavía peor. Y lo único que salvaba al pueblo de Saranac era que una gran parte de sus vecinos eran grandes cazadores, y tenían que estar al aire libre, por lo que se mantenían muy saludables en el verano, y cuando tenían que luchar con las condiciones poco sanitarias del invierno, entre ellos era que había el mínimum de muertes de tifoidea, difteria y tuberculosis.

Cuando el ferrocarril se extendió á Saranac Lake, en 1888, con la llegada del primer tren se despertó el instínto regional entre la gente inteligente. Al empezar á llegar extranjeros, la señora Saranac se arremangó las mangas y compró una barra de jabón. Limpió su casa de arriba abajo, aireó los cuartos, é hizo un jardín de flores bellas.

E tre tanto su marido Silas retiró bien atrás el cercado de cerdos, y trató de ponerse al corriente sobre las ideas nuevas de la ciudad, sobre sus costumbres, disponiéndose á dejar bien plantado el pabellón del pueblo al estrechar las manos del habitante de la ciudad. Era cuestión de honor para la familia.

Aunque las gentes de la ciudad tenían, en realidad de verdad, en el año 1888, más conocimientos sobre sanidad que Pedro Saranac, hay que convenir en que muchas de estas ideas eran erróneas. Al cabo de pocos dias Saranac Lake se había apropiado todas las ideas que tenían los de la ciudad sobre cuestiones sanitarias; es decir, aquellas que le parecieron buenas á los sabios del pueblo. Las ideas sobre sanidad que les parecieron de los tiempos antiguos, y aceptadas, sin embargo. por los de la ciudad, los habitantes de Saranac Lake las rechazaron, siguiendo los consejos del Dr. Trudeau.

RECONSTRUCCION DE CASAS

Durante ese tiempo se empezó á fabricar en el pueblo, con mucha prisa, pero con sumo cuidado. Muchas de las gentes que iban á la montaña parecia que ganaban en su salud con el aire fresco, pués no era posible que fuese por el alimento porque este era muy malo; asi es que de día en día se confirmaba el sabio Silas Saranac en la opinión de que él había vivido engañado cuando creía que el aire era peligroso. De estas deduciones sacó en consecuencia que debía construir su casa, de manera tal, que el estar dentro de ella fuese como si estuviese fuera; es decir, al aire libre.

En la actualidad todas las casas de Saranac Lake estan construidas del mismo modo y cada día que pase se irán construyendo de modo que estén más expuestas al aire libre y conforme á los nuevos métodos progresistas de la arquitectura.

En 1892 fué que se tomaron las excelentes medidas sanitarias que les hizo ganar una medalla en un gran congreso de peritos sanitarios. Y en ese tiempo fué que llegó al pueblecito de la montaña el hombre que allí se necesitaba para trasformarlo en lo que es hoy día, el Dr. Ezra S. Mc. Clellan, de Georgetown, Ohio.

Al cabo de un año de haber llegado dicho Dr. ya había empezado á funcionar un magnífico servicio de agua, que existe hoy. Esta agua viene de un manantial de una de las montañas y es extraída del rio directamente por una turbina.

No habian pasado todavía doce meses y ya se estaba construyendo un sistema de pequeño alcantarillado. Esto ocurría en 1892 al 1894.

Algunos años más tarde, cuando la comunidad fué desenvolviéndose rapidamente y necesitó mejoras en mayor escala, y siendo miembro del *Board* el Dr. Mc. Clellan, lo hicieron presidente del *Board* de *Comisionados* de *Agua y Alcantarillado*. Y el magnífico sistema que existe actualmente demuestra lo que un hombre puede hacer en una comunidad. Nos parece que los planos para ese sistema fueron hechos por el Profesor Olin H. Landreth, del *Unión College*, Schenectady.

Y sucedió que en ese tiempo se rompió la represa y el agua se contaminó. Entonces el Dr. comenzó á luchar con la legislatura para que se reconstruyera la represa, á cuyo fin presentó un *bill en* Albany.

El día antes de firmarse dicha ley el Dr. supo privadamente por telégrafo que el Gobernador Black tenía intenciones de poner su veto á la proposición. El enérgico Dr. cogió el primer tren que pasaba y llegó á Albany casi á última hora, no perdiendo tiempo en ir á ver al Gobernador.

Y le dijo: «Gobernador Black; hace algunos años que el estado de Nueva York construyó una represa en el rio Saranac, unas seis millas más arriba de nuestro pueblo. Esa represa se ha destruido, las condiciones en que el agua se encuentra son peligrosas y de tal modo lo son que una terrible epidemia de tifoidea nos amenaza. ¡Y si tal cosa sucediese, el *pueblecito* de Saranac Lake hará responsable al *estado* de Nueva York.»

Esa responsablidad era tan grande, que el Gobernador Black firmó el bill y la represa fué reconstruida.

No estaba satisfecho aún con todo esto el *Board* de Sanidad de Saranac Lake. El Dr. Mc Clellan fué quien expresó otra vez sus dudas acerca de la bondad del abastecimiento del agua. Y se buscaron toda clase de argumentos, y el pueblecito llegó á estar en tan excelente condición, que pudo proclamar que tenía agua que era lo mejor de lo mejor, una especie de leche del paraíso.

El pueblecito compró y cedió al estado un pequeño lago aislado situado al pié del monte Mc Kenzie. Ese estanque natural, del que eran tributarios varios arroyos de la montaña, estaba rodeado por bosques del estado.

Está prohibido bañarse en él y no se puede pasear ni navegar en bote por su superficie, El agua parece de cristal líquido, y está protegida por el estado.

Incidentalmente, ya que el pueblecito tenía magnífica agua á alta presión, organizó un departamento de bomberos, otro departamento para la limpieza de las calles y compró un carro de riego para que no se levantase polvo. ¡Es verdaderamente maravilloso todo lo que se puede hacer con jabón, un poco de agua y otro poco de ánimo!....

En tal estado las cosas en Julio de 1896, fué cuando Saranac Lake organizó su *Board* de sanidad. Las mejores inteligencias del pueblo fueron citadas para esas reuniones y una de las primeras medidas que se tomaron fué prohibir escupir en suelo. Tal medida fué tomada en diciembre de 1896, de modo que se anticiparon á la ciudad de New York por varios meses, como dijo el Oficialde Sanidad al comisionista.

La ordenanza contra escupir en público no fué adoptada por el *Board* rural por mero pasa tiemoo, ó para que sirviese de tema de conversación á los aburridos. Lo fué según pensaba Silas Saranac, por que así lo exijia la *buena sanidad* tanto como la *buena educación*. Y la gente de la calle y los desocupados en los balcones del hotel, que tenían por costumbre ilustrar sus cuentos con expectoraciones, empezaron por reirse de la ordenanza del juez hasta el dia en que fueron llevados á su presencia. Y en la actualidad es raro que se arreste á una persona porque adorne sus cuentos expectorando.... Algunos no lo hacen porque tienen miedo de que les salga caro; pero la gran mayoría no lo hace, porque consideran la ordenanza como cosa *sagrada*.

Después de esto el *Board* de Sanidad fué el primero que usó, en esa parte del país, la antitoxina de la difteria encontrándola buena, y ordenó que se desinfectaran todos los cuartos de los hoteles y casas de familia en los que hubiese habido casos de enfermedades trasmisibles. ¡Pero lo mejor de la orden era que los gastos de desinfección los tenían que pagar los dueños de los hoteles y las casas!

El *Board* tuvo en cuenta que iba á ser una carga muy pesada para los contribuyentes tener que hacerse cargo de las fumigaciones, pues tendrían que hacerse á una población flotante de más de 1000 personas que iban á Saranac Lake tratando de curarse la tuberculosis; así es que, en la mayoría de los casos, los *extras* se cargaban á la cuenta de los huéspedes, lo que era muy justo....protegían á otros contra ellos, y ellos se protegían contra los otros. No hay ordenanza tan previsora como esta. Es única en su clase.

Su *código de sanidad* ha ganado premios. En 1908 fué que se publicó, en forma de un código de sanidad completo el trabajo que Saranac Lake realizó, desde la fundación de su *Board* en 1896. En ese mismo año, ese código ganó la medalla de plata en el congreso de la tuberculosis, y nos parece que el primer premio lo ganó la ciudad de Nueva York. El código de Saranac contiene cuanto una buena sanidad se puede imaginar. Prohibe las cotorras, los cerdos y hasta los pollos se excluyen del recinto de Saranac Lake. Pero á ésta última ordenanza nos parece que se le guiña el ojo, por aquello que dice un proverbio que "debajo del sol no hay nada perfecto". Los últimos toques se los dió Saranac Lake cuando adoquinó sus dos principales calles comerciales y la calle principal el lugar de residencias, y el pa-

vimentar todo el pueblo es la idea que predomina hoy. Desde hace años se abolieron las hediondas lámparas de gas. La electricidad es la que reina hoy en el pueblo.

Antes de morir el Dr. Mc Clellan pudo oir hablar de la metamórfosis operada en el pueblecito rural, que podía considerarse como la "metrópoli adoquinada de los Adirondacks", alumbrada por la electricidad, pueblecito á la moderna, pero sin perder sus encantos campestres y en posesión de un magnífico código sanitario. Lo que es verdaderamente digno de admiración en las ordenanzas sanitarias de Saranac Lake *es que se han hecho para ser cumplidas mientras se tengan en vigor*. Todo el pueblecito se muestra conforme con sus ordenanzas sanitarias. Pocas son las quejas, pocas las violaciones. Las quejas se atienden sin demora; las violaciones se castigan con tal severidad, que inspiran miedo, prefiriendo tener confianza en ellas y respetarlas. Pero nadie está más orgulloso de Saranac Lake y de su sanidad que las dueñas de casa.

Las mujeres són las que dirigen la sociedad, que se ocupa del mejoramiento del pueblecito; ellas son el censor de las otras sociedades ó *boards* que hay en el pueblo. Y á la influencia provechosa de esas mujeres enérgicas es á lo que se debe, quizás, que no haya cafés en que se desordene, ni mansiones de depravación, que son el peligro social, el mal más grande de un pueblo. Son muy pocas las comunidades, aun aquellas de ménos de 5000 habitantes, que puedan decir, como Saranac Lake, que no hay una sola casa de prostitución en muchas millas á la redonda.

La *sociedad* que dirigen las mujeres dá el ejemplo, tomándose gran interés en las disposiciones que se relacionan con las basuras, el adorno de los parques; y cuando se solicita su opinión sobre limpieza de las calles, organizaciones sociales, librería pública, ó sobre cualquier otra cosa en la que no se fijan los hombres, por estar necesariamente muy ocupados, son ellas, son ésas mujeres los principales factores en semejante conjuncion de voluntades.

Porque no hay que darle vueltas: la salud y el progreso de toda comunidad depende más que nada de la conducta que cada individuo observa en su hogar.

La mujer que no es soberana en su hogar, debiera serlo; porque nos parece que sí á los hombres corresponde hacer que funcionen bien las llaves del agua, y correr las cloacas, á las madres y á las esposas toca observar lo que diariamente caé debajo de sus narices......

Por eso fué que la Sra. de Silas Saranac se fijó en lo que había debajo de las suyas, y compró una barra de jabón. Y hoy puede ella llamarse "la mujer orgullosa", como dicen los escoceses.

DE CIRUGIA

SUPRESION DE LAS SUTURAS CUTANEAS

En toda operación quirúrgica, no solo se busca el éxito, procurando la salud del paciente, sino que se debe tratar de que aquella resulte ajustada á ciertas reglas, que puestas en práctica, den al trabajo realizado, una verdadera expresión artística. Comprendiéndolo así, el Dr. Jayle manifiesta que: el ideal para un cirujano enamorado de lo bello es atenuar todo lo posible las huellas de sus intervenciones, rindiendo de este modo exquisito culto al arte.

Las operaciones que reclaman las afecciones genitales de la mujer exigen cierto cuidado minucioso en las sunturas de la piel, y aconseja las pequeñas incisiones para las lesiones ordinarias del aparato genital interno, no siendo necesario, las más de las veces, estenderlas hasta el ombligo ni servirse de valvas anchas, cuyo empleo exige grandes aberturas; la piel es extensible y una incisión cutánea pequeña permite una incisión profunda más extensa.

La habilidad de sus dedos, su longitud y grosor le indican al cirujano, casi siempre, el tamaño de la incisión que es preciso practicar.

La limpieza de la incisión es indispensable; la piel debe seccionarse con un bisturí bien afilado, evitando desgarrar los tejidos, lo cual se consigue poseyendo una mano segura, ejercitada en estos trabajos.

La *protección* de los bordes de la herida conviene asegurarla durante todo el acto operatorio, tanto para evitar las contusiones como la infección, empleando para ello compresas sugetas por medio de pinzas.

Hay que tener en cuenta asi mismo, el *sitio* de la incisión; en las laparotomias, en las hernias, en el acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos es preciso utilizar cuanto se pueda la región pilosa del pubis, llevando la extremidad inferior de la herida á 3 ó 5 centímetros por debajo del borde superior de la región pilosa pues de este modo se consigue hacer invisible la tercera parte ó la mitad de la cicatriz. En las laparotomias de incisión cutánea transversa á menudo se puede disimular aquella.

Para las hernias y los acortamientos de los ligamentos redondos jamás debe pasarse del límite de la región pilosa, siendo suficiente de ordinario una incisión de 5 á 7 centímetros.

El *modo de sutura* es de lo más importante. A juicio del Dr. Jayle para todas las incisiones pequeñas y medias, exceptuando el cuero cabelludo y la región pilosa de la cara no son precisos los hilos de sutura; basta con tomar uno ó más puntos profundos. Si se busca una solidez marcada en el adaptamiento de los planos musculo-aponeuróticos, recomienda emplear el cagut cromizado, para una buena adaptación y solidez tendremos bastante con el catgut ordinario.

La supresión de los espacios vacios entre la piel y los planos profundos queda asegurada por medio de algunos puntos de sutura de la capa grasosa, cuando ésta se encuentra algo desarrollada, dados con hilos finos de catgut. Si la grasa subcutánea es de poco espesor basta una cura compresiva para asegurar su coaptación.

La sutura de la piel está completamente obtenida con los *agrafes de Michel.* Para evitar la ablación que á la larga producen éstos en los tejidos, deben separarse la tercera parte de los *agrafes* á las cuarenta y ocho horas y los restantes al día siguiente, pues dejandolos más tiempo, provocan pequeñas heridas que dan lugar á otras tantas cicatrices inútiles.

La *supresión completa de los hilos de sutura* tiene varias ventajas. La coaptación perfecta que no se obtiene siempre con los hilos Además, cada uno de ellos corta transversalmente la piel dando á la cicatríz un feo aspecto, y determinando al nivel de cada punto una cicatrización esclerósica que favorece la formación de keloides.

El número de abscesos formados en la línea de la cicatríz son debidos á la infección por los hilos contaminados por la piel misma. Cuando un cirujano encuentra un absceso en la sutura de una hérida, lo achaca al material empleado, á los ayudantes ó así mismo, olvidándose muchas veces que la causa reside en la piel del enfermo. Existe una operación ginecológica en la cual se presentan á menudo estos abscesos: el acortamiento extra-peritoneal de los ligamentos redondos. Jayle atribuye la causa de tal supuración á la riqueza en glándulas de la región supra pubiana, observándose que en los enfermos de sistema piloso muy desarrollado dichos abscesos ofrecen mayor tamaño. Suprimiendo los hilos de sutura se disminuye la frecuencia de

estos abscesos. Para su desaparición completa sería preciso un proceder perfecto de desinfección cutánea. La tintura de iodo no es suficiente La supresión de los hilos de sutura parece dar mejores resultados.

No puede, pues, dejarse de empleare la sutura profunda por medio de los hilos, y hay que recurrir á ella en las amputaciones de las mamas y de los miembros y en las laparotomias que interesan la región supra-umbilical, aunque puede restringirse su empleo.

En cuanto á los hilos superficiales son inútiles y también nocivos en la mayoría de los casos: la regla es suprimirlos, remplazándolos sistemáticamente por los agrafes de Michel los que se tendrá cuidado de separar al segundo día después de la operación.

CORRESPONDENCIA DE JAYUYA

SOBRE UN NUEVO HOSPITAL

Jayuya, 24 Octubre 1912.

Sr. Director del Boletín Oficial de la Asociación Médica de P. R.

San Juan, P. R.

Estimado Doctor:

Deseo dar á Ud. algunas noticias acerca de la instalación de un Hospital general para pobres que tratamos de llevar á cabo en esta población de Jayuya y al dar á Ud. dichos datos accedo con gusto á la solicitud que me hiciera vervalmente.

Cuando el Dr. Nellis Stephenson y yo nos instalamos en esta localidad, hace poco más de un año, la primera cosa que nos llamó la atención entre otras muchas y más que ninguna otra, fué la falta de un Hospital donde pudieran atenderse muchos de los pobres necesitados de asistencia médica.

Tuvimos una entrevista con el Alcalde y con el Gobernador Colton acerca de la materia y dichas autoridades nos prometieron que nos prestarían todo el auxilio posible; pero considerando las condiciones locales que son las mismas en todas las poblaciones pequeñas de la Isla, si la población podía tomar dinero á préstamo del Tesoro Insular para la construcción del edificio, era de pensar de donde habriamos de derivar los fondos necesarios para sostener la institución. Nuestro presupuesto asciende más ó menos á $2.800 al año; los intereses sobre el préstamo serían por lo menos $200 y á otros $200 alcanzaría la cantidad necesaria para la amortización, toda vez que el préstamo hubiera de ser devuelto en tres años y siendo el costo de sostenimiento anual proximamente $2.500 era nuestra proposición simplemente un imposible.

Entonces el Dr. Nellis y yo ideamos el siguiente plan: acudimos al Dr. López Tord de Ponce en súplica de que redactara un contrato por duplicado en el cual una persona se obligara á contribuir para el sostenimiento de una cama para su barrio con una cantidad pagable cada seis meses por adelantado. Por este medio de la obligación escrita hemos conseguido hasta ahora diferentes contratros que suben á $4.000 al año durante dos, lo cual concede tiempo bastante ámplio para probar el resultado de esta constitución. Por nuestra parte nos hemos comprometido á suministrar un Hospital completamente equipado dentro de dicho plazo.

Hasta ahora hemos adquirido una casa de dos pisos para dichos fines, la cual tiene 16 habitaciones. La hemos rodeado con un muro de cemento de dos piés de profundi-

dad, establecido inodoros en las habitaciones altas y bajas, lavaderos para el lavado de las ropas, dos salas se destinan á dormitorios conteniendo cada una 16 camas para los pobres y 6 habitaciones privadas en el piso alto; una sala de operaciones, grande, con piso y zócalo de cemento, provisto de una ventana de cristales qne dá frente al nordeste de 6 piés de ancho por 6 de alto.

Esperamos que se abra el Instituto con las ceremonias convenientes bajo el patrocinio del Gobernador en el próximo mes de Noviembre.

Debemos consignar que los vecinos de esta localidad han demostrado magníficas disposiciones para contribuir á esta buena obra, de tal modo que en algunos casos las cuotas suscritas individuales suben á $ 520 al año y ninguna baja de $ 20.

Creo yo, Sr. Director, que este plan puede ser imitado en muchas partes de la Isla y que todo lo necesario para llevarlo á cabo es empeñar en hacerlo.

De Ud. respetuosamente,

Benj. S. Stephenson
M. D.
Oficial de Anemia

NOTAS MEDICAS DEL DIA

Diabetes é intervenciones quirúrgicas.—No se observa necesariamente la aparición de los síntomas especiales en diabético que se acaba de operar. El factor dominante de la resistencia del diabético á las complicaciones, de la marcha de la cicatrización de la herida depende más del estado general que de la intensidad de la glucosuria. No hay que olvidar además que una intervención puede hacer aumentar bruscamente la glucosuria ó hacerla reaparecer si había desaparecido. Está, pues, siempre indicado que la intervención vaya precedida de una cura antidiabética.

Se debe recurrir primero á un tratamiento higiénico y dietético, que produce rápidamente una mejora suficiente que permite al cirujano á operar sin temor á las complicaciones.

El peligro del coma es independiente de la marcha de la cicatrización; varios operadores han perdido enfermos de aspecto floreciente.

Toda operación evitable no se propondrá nunca á un diabético; es preciso siempre antes de toda intervención, practicar el exámen de las orinas.

En el momento de la operación debemos contentarnos con el minimun de narcosis; si se procede á la anestesia por infiltración se inyectará poca cantidad de líquido para evitar la gangrena. Es preciso alimentar al enfermo y que permanezca en cama lo menos posible.

En caso de apendicitis ¿debe operarse enseguida? Karewski cree que sí, pues los accidentes sépticos toman en el diabético no operado una marcha gravísima.

Si se trata de lesiones sinoviales articulares, es preciso despreciar el resultado funcional y extirpar completamente el foco.

Para la gangrena diabética solo se operará si existe una zona de demarcación clara.

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de las perforaciones del intestino delgado durante la fiebre tifoidea. Este tratamiento está basado en diferentes observaciones recogidas durante algunos casos de esta enfermedad. Los fracasos son debidos en gran parte á la vacilación con que se hac el diagnóstico de la perforación. Importa, pues, que ésta sea reconocida antes de que sobrevenga la difusión de la infección peritoneal.

El dolor es uno de los signos más frecuentes; ordinariamente brusco, varía de intensidad, siendo á menudo muy vivo y radicando en la fosa ilíaca derecha, más raras veces en la contigüedad de la línea media; al principio, preséntase localizado; pero luego se generaliza. Por su constancia, es un síntoma esencial y adquiere, á los ojos de casi todos los autores, grandísimo valor.

La contracción muscular es precoz, localizada, con aumento de sensibilidad á la presión.

El rostro aparece la más de las veces alterado de una manera súbita y marcada: demacración, ojeras; cambiándose á no tardar por la facies peritoneal.

El pulso está modificado de una manera constante y precoz: vuélvese más rápido, depresible y débil; sin embargo, puede no aparecer modificado sino después de algunas horas.

La temperatura puede experimentar dos clases de modificaciones esenciales; para ciertos observadores, presenta un descenso brusco como en la hemorragia intestinal; según otros, prodúcese una elevación térmica.

Los vómitos, el timpanismo, la desaparición de la macidez hepática, el hipo, son signos generalmente tardíos de peritonitis declarada.

Ninguno de estos síntomas es, por consiguiente, patognomónico; el diagnóstico debe basarse en un conjunto de síntomas, y en un tífico declarado hay que pensar siempre en la perforación intestinal.

La perforación de la vesícula biliar va precedida de signos de colecistitis ó de angiocolitis, y va acompañada de un dolor localizado en diversos puntos y de ictericia tegumentaria ó de reacciones químicas urinarias.

La apendicitis no tífica es de un diagnóstico difícil.

Las farsas perforaciones han engañado á los mejores clínicos. El cuadro clínico puede ser completo y se han buscado los signos patognomónicos de la perforación. Estos signos no tienen gran valor porque son harto inconstantes ó difíciles de observar: trastornos vesicales, ausencia de gases y de materias; fino estertor crepitante en la fosa ilíaca derecha, á la auscultación en las cuatro primeras horas, pequeña zona de contractura desde el comienzo, que cambia de sitio si se coloca al enfermo de lado; desaparición de la macidez hepática (cuando hay seguridad de que no es debida al meteorismo); hiperleucocitosis.

Puede, pués, ocurrir que el diagnóstico sea imposible; pero en la duda hay que intervenir siempre, y es preferible creer en una perforación que no existe que ignorar una perforación que existe realmente.

El pronóstico es en extremo grave, tanto á consecuencia de la infección eberthiana general anterior como de la realización habitual de una peritonitis difusa.

El tratamiento médico es importante; las curaciones registradas dejan una duda acerca de la exactitud del diagnóstico.

Según opinión unánime, el tratamiento quirúrgico se impone en el más breve plazo y su resultado será tanto mejor cuanto más precoz y simple sea la intervención. Cuatro modos de tratamiento operatorios han sido ensayados. La resección (larga y grave) puede ser descartada *á priori*. La exclusión de los últimos metros del delgado por ileocolostomía merece las mismas censuras, y á costa de menos sacrificio se puede obtener el mismo resultado. La sutura, operación lógica y aparentemente ideal, es, sin embargo, difícil, da una seguridad relativa, pero sigue siendo considerada como el tratamiento de preferencia.

Aconsejamos la enterostomía, la cual permite obrar aprisa, protege las lesiones intestinales situadas á menor altura, evita el íleo paralítico y limpia el intestino. Su principal inconveniente es que necesita á veces una operación secundaria. Las estadísticas muestran la superioridad de esta última intervención,

En casos muy graves ó muy difíciles, ha habido que contentarse con tratar la peritonitis por simple drenage abdominal, con éxito á veces.

Cuanto á la peritonitis concomitante, será tratada según los modos ordinarios.

La cirugía del pulmón.—Entre las *operaciones directas*, la *neumectomía*, largo tiempo experimental, ha entrado en cirugía humana. Desde las resecciones de M. Tuffier, MM. Lenhart, Korte y Muller han conseguido la ablación de un lóbulo por lo menos. Los primeros han obtenido éxitos que se mantienen desde hace dos y cuatro años. El tercero ha visto á su pequeño operado, curado localmente, muerto por una meningitis tres semanas después. Pared, diafragma, corazón y pulmón habían llenado la enorme brecha. El peligro es el enfisema séptico del mediastino, si la obliteración del bronquio no es bien hermética. Clínicamente, esta grave intervención no está sino raramente indicada,

La *neumotomía*, triunfante en los quistes hidáticos es menos brillante en los abscesos y gangrenas. Es mala en la bronquectasia.

La *neumorrafia* por heridas, condenable como método general, según las estadísticas aun de los intervencionistas, continúa siendo un recurso útil en casos que definen bien las fórmulas del profesor Quénu y de Lenormand.

Como *operaciones indirectas*, los *injertos extra-pleurales*, para abscesos, son demasiado recientes para ser juzgados; el *neumotórax*, muy notable en su conjunto (cesación de la tos de la expectación y de la fiebre), tiene ya la sanción de curaciónes confirmadas desde hace varios años. Cuando las adherencias impiden realizarlo, puede ser reemplazado por la operación

de (deshuesamiento del tórax), más gráve y menos eficaz. La contra-indicación reside en la presencia de otros focos graves. La operación para la tuberculosis de la cúspide, menos general y menos apreciada que los métodos de colapso, no fué hecha sino cuatro veces en 1908.

No sucede lo mismo con la operación que se dirige, no á todas las formas de enfisema pulmonar ó de asma, sino á las que se acompañan de rigidez torácica en inspiración por alteración de los cartílagos que ponen en evidencia investigaciones precisas, y que consiste en la resección de estos cartílagos. Numerosos éxitos se mantienen desde hace tres años.

En una palabra, aunque retardada sobre las de otras vísceras, la cirugía del pulmón merece ser estudiada y perfeccionada en el sentido de las indicaciones clínicas y en el de la técnica.

Berlin. — Ictericia hemolítica familiar. — Ha comparecido en una de las clínicas de Berlín un sujeto que ya desde 1902 viene teniendo una gran anemia y presentando un infarto esplénico muy voluminoso. Por entonces presentaba tambi?n ictericia. El análisis de la sangre revela anemia y muy disminuída la resistencia de los glóbulos rojos. En la orina se encuentran urobilina y urobilinógeno. La hermana del paciente presenta el mismo cuadro morboso; la ictericia existe en ella desde la infancia. Parece, además, que también el padre y el abuelo tenían color amarillo.

Viena.—Carcinomas de laringe operados por el método de Gluck.—Cuatro enfermos han sido operados por el método radical de Gluck, á causa de carcinoma de la laringo-faringe. El método consiste, principalmente, en la extirpación previa de los ganglios linfáticos, por lo menos en uno de los lados, y la extirpación subsiguiente de la laringe, como se hace en los carcinomas de la mama y de la lengua.

Filadelfia.—Nuevo remedio para la epilepsia.—En una comunicación presentada á la Sociedad de medicina del Estado de Pennsylvania el Dr. Ralph H. Spangler Jeje de la clínica médica del Hospital Metodista Episcopal de Filadelfia, reporta la cura de muchos casos de epilepsia tratados con inyecciones intravenosas del veneno extraido del crótalo (rattlesnake). El Dr. Spangler presenta una data detallada de diversos casos, algunos de ellos privados y otros del Hospital Metodista, todos curados de epilepsia. Desde hace tiempo viene el Dr. Spangler experimentando tanto en su laboratorio, como en las salas clínicas, y después de haber prácticado más de 2000 inyecciones á cerca de 100 epiléticos con resultados expléndidos, hace público su descubrimiento. En su ya citado reporte aparecen pacientes de todas edades; niños que presentaban una historia de convulsiones epilépticas de pocos meses de duración, hasta individuos qne venían padeciendo la enfermedad por más de veinte años. El producto obtenido por el Profesor Spangler de las glándulas venenosas de la serpiente y que con tanto éxito ha sido usado en el tratamiento de la epilepsia se le ha designado con el nombre de crotalina. La secreción de dichas glandulas venenosas es extraida asepticamente con una geringuilla hipodérmica. Este líquido algo viscoso y de color ambar muy claro, se seca entre cristales al sol, apareciend › cuando seco en cristales casi redondos de color amarillo claro. Los cristales así obtenidos son disueltos en agua y glicerina y debidamente dosificada la solución para uso hipodérmico en dosis de 1% grano. En su reporte el Dr. Spangler dice: «No solamente disminuye la intensidad de los ataques con el tratamiento de crotalina, sino que la sensibilidad general y exitación del sistema nervioso se calma notablemente». «El estado general de salud y poderes mentales asi como el apetito y nutrición se recuperan marcadamente».

La crotalina usada en dosis exactas y con correcto juicio y buena observarción no ofrece peligro alguno.

INPECCION MEDICA DE LAS ESCUELAS

En una de las últimas ediciones del semanario "El Progreso de Puerto Rico" apareció un escrito, en forma de cuento, tratando de la inspección médica de las escuelas, y un sueltecito; "Good advice" que dice al final "No tome medicinas sólo por el hecho de que su vecino las toma." Felicitamos al "Porto Rico Progress," por ser el primer periódico de P. R., que ha dicho algo sano en relación con la medicina, y esperamos que siga ese sendero, enseñando al público á tener fé en la verdad, y despreciar la mentira.

El cuentecito publicado tiene mucha verdad y la inspección médica de las escuelas contribuiría mucho al progreso de nuestros niños.

El estudiante que padece de miopía ú otro defecto visual, no podrá adelantar; lo mismo el que padece de adenoides, amigdalas, uncinariasis, etc. etc. Un

niño sano da de sí toda su energía mental; un niño enfermo puede aparentemente ser falto de inteligencia, cuando en realidad su cerebro está cohibido por otro mal independiente. Pero hay otra face más importante todavía y es la prevención del contagio. Valen mucho las medidas' sanitarias; la capacidad del salón, la ventilación, la copa individual, pero todo ello puede perderse si no se eliminan los focos del contagio En una asamblea de la Asociación Médica en la ciudad de Aguadilla en abril de 1912, el Dr. Molina San Remy hablando de la presencia del tracoma en Puerto Rico, expresó la necesidad que había de inspeccionar los niños en las escuelas, y especialmente al principio de curso y otra vez en el mes de enero.

Aprobada como beneficiosa la opinión del Dr. Molina, la asamblea pasó una resolución tendente á que la Asociación Médica hiciera lo posible por conseguir que los niños de las escuelas fueran debidamente examinados por médicos cirujanos competentes, en cuanto á su estado físico general, y con especialidad averiguar la presencia del tracoma ó tuberculosis pulmonal

"No tome medicina por que su vecino la toma". He aquí lo que sucede á diario: Doña Francisca visita á su vecina, Doña Juana, que le duelen los lomos y acto seguido recétale las píldoras de Foster porque Doña Francisca está padeciendo de los riñones! Diagnosticarse á sí mismo ó aceptar el diagnóstico de una vecina ó amigo cualquiera; ahí está el secreto del fraude y el negocio de la medicina secreta Cuantos no se curan de piedra en la vegiga; ó en el hígado; mal de los riñones, tuberculosís pulmonal, reumatismo, anemia cerebrar etc. etc. y lo certifican, y aseguran que se han curado pero; ¿quién les hizo el diagnóstico? Seguramente si se curaron de piedra en la vegiga, no tenían otra piedra que la sugerida por los anuncios de la anticarculina de Erby.

SECCION INFORMATIVA.

Congreso Internacional de Higiene y Demografía.—Este Congreso terminó sus sesiones el 28 de Septiembre en medio de grandes entusiasmos por parte de los congresistas. Fueron sometidos á la consideración de los delegados, importantes debates científicos de medicina como también se expusieron descubrimientos de gran transcendencia. Uno de los descubrimientos que despertó gran interés, fué el presentado ante los congresistas por el profesor Novy de la Universidad de Michigan, q. trata sobre un nuevo micro-organismo cuya virulencia es tan alta que $\frac{1}{1}$ billón de 1 c. c. de virus de este micro-organismo es lo suficiente para matar ratas cuando estas son inoculadas por dicho virus. Si se consiguiera alimentar ratas infectadas de peste bubónica con este virus, indudablemente que la humanidad ganaría una de sus más grandes dádivas. El uso q. pueda tener este nuevo micro-organismo más tarde en el campo de la bacteriología, no ha sido aún determinado, como tampoco se ha estudiado la acción que pueda tener este germen en la medicina preventiva. El profesor Novy manifestó á los congresistas que él seguirá estudiando el nuevo germen.

Otro descubrimiento fué el presentado por los Drs. Ardenson y Goldveger que manifiestan que el cuerpo de los insectos son vetores de las fiebre tifosa exanzemática.

El Dr. Rosenau anunció su descubrimiento acerca de que la parálisis infantil se propaga por medio de la picadura de las moscas procedentes de los establos.

El Dr. Warren sometió á la consideración del congreso, la discusión sobre la ventaja que tiene el virus de las glándulas como antitoxina para la rabia, manifestando que este virus es mucho mejor que el empleado hasta ahora de sustancia cerebral.

El Dr. Paterson de Suiza, manifestó que la parálisis infantil se trasmite de una persona á otra por medio de la secreción nasal.

El Dr. Asbford expuso su opinión acerca de que las personas acostumbradas á andar descalzos y sobre terrenos húmedos son propensos á contraer la uncinaria.

El Dr. Bertillón de París, expuso el estudio que ha hecho acerca de la buena salud que experimentan los campesinos, observando todo lo contrario con las personas que viven en las ciudades acostumbrados á tomar licores. Estas personas por lo regular son las más enfermizas.

El Dr. Fornet del ejército alemán manifestó haber descubierto el parasito de la fiebre amarilla. Los medicos del ejército americano terciaron en el debate.

Otros descubrimientos de nuevos micro-organismos fueron presentados al congreso. Aun no se han clasificado estos nuevos gérmenes ni se han determinado sus nombres.

Sexto Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología.—Se ha celebrado en Berlín durante el pasado mes el sexto Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología. La Emperatriz de Alemania se ha granjeado la simpatía y admiración de toda la Europa por el gran interés demostrado en el cuidado y tratamiento de las mujeres y niños en los hospitales. Para los asambleistas fué un buen augurio el saber que la emperatriz y la reina patrocinaban el Congreso. Por primera vez se ha celebrado en la capital de Alemania un congreso de este género, por lo que, los ciudadanos del imperio, se propusieron llevar con orgullo todos los actos realizados en él y que ellos dejaran una buena historia en la nación. Los trabajos para el meeting, tanto sociales como científicos, fueron de los más elaborados, generosos y muy apropiados. El discurso de apertura estuvo á cargo del profesor Buman de Berlín. Sus palabras fueron encaminadas á elogiar los congresos internacionales de medicina, como un gran medio de propagar los descubrimientos médicos-quirúrgicos á toda la clase médica. El programa del congreso se dividió en dos partes; uno para discusiones de temas y otro, dedicado á trabajos misceláneos.

El primer tema sometido á discusión fué "LA REACCION DEL PERITONEO EN LA CIRUJIA ABDOMINAL Y SU METODO PARA EVITARLA."

El segundo tema fué "EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HEMORRAGIA UTERINA EN LOS CASOS PUERPERALES."

Entre los diversos trabajos misceláneos fué discutido el del Dr. Enrique López, de Valencia, sobre "PROLAPSO UTERINO."

Otros trabajos fueron también sometidos á la consideración de los asambleistas, todos ellos interesantísimos.

El próximo congreso de esta clase se acordó celebrarlo en la ciudad de New York.

El premio Nobel otorgado al Dr. Alexis Carrel.—El premio Nobel en medicina ha sido conferido este año al eminente Dr. Alexis Carrel, del Instituto Rockefeller de la ciudad de New York. El citado Dr., ha venido estudiando y haciendo experimentos sobre la anastomosis de los vasos sanguineos, como también, trabajos en transplantaciones de organos. Los méritos de estos trabajos han sido reconocidos universalmente, y por ello es que, se ha hecho tal distinción al Dr. Carrel.

NOTAS DE LA ASOCIACION

SUPLICA A LOS MEDICOS

Para el buen orden de la asociación, y con objeto de que todos los médicos de la Isla puedan recibir puntualmente el BOLETIN, y para facilitar la preparación de la lista de médicos cirujanos con ejercicio en la Isla, se suplica á todos los médicos cuyos nombres no aparezcan en el directorio del BOLETIN, ó si aparece su nombre en otro pueblo que en el que actualmente reside, se sirvan en cualquiera de ambos casos, enviar una postal á la secretaria de la asociación, notificando nombre y dirección.

Esta súplica se hace extensiva á todos los médicos, sean ó no miembros de la asociación.

JORGE DEL TORO,
Secretario de la A. M. de P. R.

Santurce, San Juan, P. R.

ASAMBLEA ANUAL

La junta directiva de la asociación médica, en seisón celebrada el día 19 de octubre, acordó fijar los días 14 y 15 del próximo mes de diciembre para la asamblea anual. La asamblea tendrá lugar en la ciudad de San Juan, abriendo sus sesiones el sábado 14 al medio día. Existe el proyecto de obsequiar á los concurrentes con un banquete en la noche del sábado. La convocatoria y programa serán distribuidos oportunamente.

ASOCIACIÓN DEL DISTRITO DE SAN JUAN

Sabemos de buenas fuente que la Asociación del distrito de San Juan se reunirá el sábado dos del próximo mes de Noviembre á las ocho de la noche en el local de la Asociación, Allen nº 6. Dicha reunión tendrá por objeto el organizar los

trabajos para la asamblea anual de Diciembre. Es de esperarse que esta reunión preliminar á la asamblea anual será muy concurrida, dados los asuntos de interés que serán tratados.

El doctor don Eliseo Font y Guillot, ex-presidente de la Asociación, y actualmente presidente de la asociación del distrito de San Juan, quiere una vez más prestar su valiosa y decidida ayuda en favor de los intereses de nuestra clase médica.

Han sido dados de baja como miembros de nuestra Asociación, tres compañeros, por incumplimiento al Art. 10 del reglamento vigente.

Hemos de suplicar á los miembros de la Asociación que adeudan cuotas atrasadas, las hagan efectivas para no dar lugar á que se cumpla el artículo de referencia y á la vez, poder presentar á la Asamblea General de Diciembre próximo, las cuotas de todos los socios, efectivas en sus pagos.

NOTAS PERSONALES

Dr. B. K Ashford.—Nos complace saber su regreso á esta ciudad después de haber pasado una temporada en los EE. UU. donde oficialmente representó á Puerto Rico en el congreso de higiene y demografía, recientemente celebrado en Washington.

Dr. M. Fernández Nater.—Ha regresado de su viaje á Europa este distinguido médico, alegrándonos verlo de nuevo entre nosotros.

Dr. M. Figueroa.—Ha pasado unos días en esta ciudad regresando á su residencia de Arecibo, donde ejerce el competente cirujano.

Dr. W. R. Watson —Ha regresado de los EE. UU. habiendo asistido oficialmente al congreso de higiene y demografía, haciéndose cargo de su servicio oficial en el departamento de Sanidad.

P. Malaret —Ha sido destinado de nuevo á Ponce este competente funcionario del servicio de Sanidad, habiendo dejado muchas simpatías entre nosotros.

Dr. J. Barreras.—Regresó de su viaje á los EE. UU, alegrándonos saber que ha recuperado de salud.

Dr. J. Carbonell.—Pasó unos días enfermo aunque de poco cuidado, este ilustrado compañero, alegrándonos verle de nuevo en sus labores profesionales.

Dr. A. Ruiz Soler.—Saludamos en estos días á tan apreciable compañero, alegrándonos de verle por esta ciudad.

Dr. P. Ramos Casellas.—Tuvimos el gusto de saludarle en días pasados, regresando de nuevo á Cáguas donde ejerce el cargo de Oficial de Sanidad.

Dr. A. Carbonell.—Ha regresado de nuevo á esta ciudad este compañero, después de haber pasado algunas semanas en paseo militar en varias partes de la isla.

Dr. R. López Sicardó.—Está desempeñando interinamente el cargo de Oficial de Sanidad de esta ciudad, reconociendo sus buenas aptitudes para dicho cargo.

Dr. L. García de Quevedo.—Saludamos á este amigo en días pasado, regresando á San Germán donde ejerce el cargo de Oficial de Sanidad.

Duelo.—Ha fallecido en esta ciudad el conocido médico venezolano Dr. A. Ramela. Nuestro pésame por tan sensible pérdida.

Boda.—Nuestro distinguido compañero Dr. Francisco J. Hernández contrajo matrimonio con la distinguida señorita Filomena González.

Uncinariasis en los asilos.—La estadística por uncinariasis en los asilos de caridad de ambos sexos establecidos en Santurce arrojan un 53% entre los niños del Boys Charity School y un 48% entre las niñas del Girls Charity School. El Departamento de Sanidad se ha hecho cargo de la intervención en el tratamiento de estos niños y se han puesto en práctica las medidas profilácticas acostumbradas para la supresión de la enfermedad.

Cosas esenciales para ser un buen médico.—Es necesario ser buen hombre para ser buen médico. Debe ser uno sensible para ser un doctor sabio. Se debe ser honesto para ser un doctor honesto. Debe haber virtud para ser un médico respetado.

BOLETIN

DE LA

Asociación Médica de Puerto Rico.

ORGANO OFICIAL

Publicado Mensualmente bajo la dirección de la Junta Directiva.

IX NOVIEMBRE DE 1912 Número 86.

ASPECTO ECONOMICO DE LA UNCINARIASIS

POR EL DR. BAILEY K. ASHFORD

A continuación publicamos, honrando las columnas de este periódico, el notable documento leido por el Dr. Bailey K. Ashford, en el Congreso Internacional de Higiene y Demografía, celebrado recientemente en Washington.

Es un estudio sumamente interesante y de altísimo valor científico y social que aquilata, si ya no lo estuviera bastante, los méritos del eminente Dr. Ashford, quien trabajando desde hace años en el campo estrecho de observación que ofrece Puerto Rico y con recursos limitados, ha logrado que el nombre de nuestro país, unido á su constante esfuerzo en el estudio, tratamiento y prevención de la enfermedad diezmante de nuestras clases trabajadoras, vaya á todas partes del mundo científico.

Nosotros recomendamos la lectura del notabilísimo documento creyendo que hay en él enseñanzas de gran valor que no deben pasar desapercibidas para los que nos agitamos en el campo de la labor científica y llamamos la atención hacia el hecho de que el Dr. Ashford al ameritar el resultado de su trabajo reconoce, con honores, la parte que en él corresponde á distinguidos médicos puertorriqueños con derecho á nuestra más alta consideración.

Al incluir en este número del BOLETIN, íntegro el precioso documento, damos las gracias al Dr. Ashford que nos permite la satisfacción de hacer constancia en nuestro periódico del nuevo paso dado por él en el campo de la especulación científica luchando contra el terrible enemigo de la anemia.

La Isla de Puerto Rico con sus 3.606 millas cuadradas de territorio y 1.120.000 habitantes está dedicada casi exclusivamente al cultivo del azucar, de tabaco, de café y frutas, designadas en el órden de su importancia en el año de 1912; azucar, en el litoral; tabaco, al pié de las montañas y en las vegas, y café, en las regiones montañosas. Casi totalmente las ⅘ partes de todo el trabajo hecho en la Isla es agrícola y la producción de cada género de cultivo depende grandemente de la capacidad para el trabajo de las personas dedicadas á labrar la tierra, teniendo en cuenta el hecho de que la vegetación es exuberante y que no existen condiciones naturales graves que obstaculicen la obtención de grandes cosechas. El estudio del terrible azote de las clases trabajadoras, las uncinariasis, ha de inundar de

luz poderosa los factores hasta aquí obscuros del desarrollo económico de Puerto Rico durante los pasados quince años, quizá por centurias precedentes á este período.

El valor de la cosecha de café en 1897, en moneda americana, fué de $7.492 453; el de azucar $ 2.456 898; y el del tabaco $ 732.117. El café hizo el 70% del valor de todas las exportaciones en 1896-97 y el 41% de todas las tierras cultivadas estuvo dedicado á su producción.

En 1910 el valor del azucar exportada fué de $ 23 545.922, representando más de 60% de todos los productos que salian de la Isla, $ 5.669.602 del café y $ 5.664.128 del tabaco.

El valor total de los artículos comprados á los Estados Unidos y exportados al mismo país en 1901 fué de $ 17.502.103; y en el año fiscal de 1910, $ 68.595.326 con ganancia en los 10 años de 400%.

Vemos así que el azucar es hoy el producto que sostiene la vida en Puerto Rico con un aumento que asciende á 17 veces el valor alcanzado en 1897; el tabaco es una industria para el porvenir 7-½ veces tan importante como lo fué anteriormente y el café es industria decadente que apenas si tiene el valor del 75% que tenía en los tiempos de España.

Nuestro estudio no puede abarcar una consideración detenida del problema económico, pero es bastante que digamos:

1.o—Que el azucar aumentó de valor cuando vino abajo la tarifa protectora de los Estados Unidos.

El café bajó cuando desapareció la tarifa diferencial española; y, aunque el grano era de superior calidad. era desconocido y no apreciado en el único mercado libre á él abierto los Estados Unidos, donde había de competir con clases más baratas.

2.o—Que la producción de azucar aumentó enormemente con los procedimientos perfeccionados de cultivo y con los grandes molinos que figuran ahora entre los más grandes de su clase en el mundo.

El cultivo del café ha progresado muy poco si es que ha progresado algo en procedimientos perfeccionados; primero, porque por la naturaleza de la industria, la maquinaria juega un papel insignificante en su preparación para el mercado; segundo, porque los sembradores de café eran tan pobres que no podian mantener sus fincas en ninguna parte cerca de su total capacidad productiva, necesitando los arbustos atención manual constante para aumentar el producto. El valor de la cosecha apenas era suficiente, amenudo, para pagar los intereses de las hipotecas y totalmente insuficiente para cubrir los gastos de mejoras tendentes á aumentar su producción especialmente cuando los prestamos no podian hacerce sino con grandes dificultades.

3.o—El azucar brotó á la superficie en una era creciente de prosperidad, sin obstáculo alguno por convulsión de la naturaleza y altamente favorecida por las benignas influencias antes indicadas. Los agricultores de café se vieron sorprendidos por la guerra en medio de la especulación y el préstamo. Sus fincas y aún las mismas cosechas ya maduras, pesadamente hipotecadas. Un año después de la ocupación Americana fueron visitadas por un huracán desastroso que barrió de la superficie de la tierra, en un día, los arbustos cafeteros; y, lo que es peor, los árboles de sombra, que son absolutamente necesarios para obtener calidad superior en el grano, impidiendo así la resurrección del valor de las cosechas anteriores por lo menos en cinco años. Otros muchos factores que contribuyeron á depreciar la industria podrian ser mencionados; pero un cuarto elemento de la mayor importancia nos queda por indicar:

4.o—Las tierras propias para la caña de azucar y, con menor importancia las de tabaco, desprovistas de sombras y bañadas por un sol ardoroso, son notoriamente más pobres para el cultivo, para el Necator Americanus, que las

dedicadas al café; son mucho más secas, se aran bien y se drenan mejor.

Los arbustos de café, con buena sombra siempre, húmedos y generalmente sin riego y sobre todo trabajados de manera más intensa constituyen los terrenos de cultivo más perfectos en el mundo para el parásito.

Por otra parte, los trabajadores en las fincas azucareras eran negros principalmente, quienes son inmunes relativamente, para la uncinariasis. Eran y todavía son, mejor pagados, con mejores viviendas y con mejores ropas que el pobre blanco trabajador de la finca cafetera, soportando una constitución debilitada por los enfriamientos, los vientos húmedos, abrigo insuficiente, alimentación impropia y defectiva y miseria general y desventura.

El resultado ha sido que las tierras anteriormente cultivadas con tabaco y café se han dedicado á caña donde quiera que ha sido posible; que el tabaco, aumentando en importancia, se ha apoderado de los terrenos cafeteros los cuales han disminuido en área y huido hacia la montaña donde están aislados generalmente por falta de caminos por los cuales llevar sus productos á la costa

Nos encontramos ahora en buenas condiciones para comprender porqué la cosecha de café en 1901 obtuvo un valor de $ 1.678.765. En 1904, parte debido á la reparación parcial de los cafetos después del ciclón y parte á los mejores precios, alcanzó un valor de $ 3 903.257. De 1904 en adelante el área de las tierras dedicadas al cultivo de café ha disminuido progresivamente; y, sin embargo, la cosecha ha tenido un aumento creciente hasta el año 1910 en que valió $ 5 669 902 La significación práctica de este hecho es solamente uno: aumento de producción. No ha sido grande; pero si perceptible.

Cualquiera que conozca algo á Puerto Rico comprenderá inmediatamente la situación precaria de su futuro comercial cuando piense que su prosperidad depende de un solo producto, el azucar, y del precio de ese producto en el mercado. El azucar es hoy día relativamente hablando lo que fué el café en 1897. Si cayera el derecho impuesto sobre el azucar, el tabaco, industria debilitada todavía, y el café que se defiende, deberían conjuntamente sostener la Isla. El azucar en la actualidad es el sosten principal de Puerto Rico, pero está muy lejos de ser la cosecha ideal para el trabajador. Solamente los hombres ricos y las corporaciones poderosas pueden elaborar azucar. Solamente los que son grandes financieramente pueden suministrar á esos molinos caña bastante para que se paguen. El café es la cosecha de los caballeros del país, la cosecha de los pobres, la cosecha genuina de Puerto Rico. Aun todavía cuando el precio del café bajó á $ 7'50 en Puerto Rico el jíbaro, el hombre blanco, pobre, trabajador, cultivador del cafeto, estaba mejor. Su *dollar* le valía más. Los cultivadores de café son pequeños propietarios y distribuyen mejor sus riquezas. ¿Por qué sufrió tanta depresión el café siendo así que todas las otras industrias estaban prósperas? Nadie puede con justicia quejarse de los precios que permiten beneficio bueno y al presente, el precio del café es casi, sinó completamente, el mismo de los años 1895 á 97 cuando la industria estaba floreciente. La respuesta de los sembradores de café es concisa: "no había café". Lo que quieren dar á entender con ello es que la produción por acre era completamente inadecuada; y que está mejorando ahora se demuestra por las cifras antes citadas. El adelanto se atribuye por algunos á ese factor, por otros, á otras; pero ninguno, no importa su ceguera, deja de comprender que el trabajo saludable, fuerte y copioso, juega un papel de excepcional importancia en el futuro de la industria cafetera en la Isla de Puerto Rico.

De este modo es como podemos establecer la relación inseparable entre la salud del cultivador de café con el bienes-

tar de la industria. Así es como, nosotros, médicos, podemos con justicia reclamar una partipación en el despertar de esa industria la cual en sus días florecientes trajo la felicidad y contento al pueblo de Puerto Rico, porque en el año de 1904 se instituyó una campaña en contra de la anemia ó uncinariasis causa principal de la invalidez del trabajador puertorriqueño, especialmente del cultivador de café, la cual culminó en el tratamiento victorioso de 300.000 personas de esta clase. Ningún puertorriqueño es capáz de negar á los 40 ó 50 médicos á cuyos esfuerzos de seis años se debe semejante resultado, la participación en el adelanto financiero de su pueblo después de esa tremenda campaña.

Dividiendo la Isla en municipalidades linderas de la costa y del interior, encontramos que de las primeras, en una población total 618.871 personas, 117 989 ó sea un 19% fuerón tratadas por uncinariasis; y que en las del interior, 130.989 de una población de 334 372 ó sea un 39% fuerón también tratadas del mismo modo. Algo más de 50.000 eran transeuntes y no pudo fijarse su residencia. La unidad de división, políticamente hablando, es la municipalidad como es el condado en los Estados Unidos; pero topográficamente, dedicada principalmente al cultivo de café y en segundo lugar al tabaco, una porción considerable del área de una municipalidad de la costa llega á la montaña y por consiguiente, dicho territorio se dedica á café. De este modo puede decirse sin temor de equivocarse que ni una décima parte de los que solicitaron tratamiento para la anemia eran trabajadores en caña de azucar, ni una quinta parte cultivadores de tabaco y el resto procedía de las tierras cubiertas con cafetos.

En la rehabilitación de la industria cafetera únicamente un plan es realizable y ese es de aumentar la produción por ácre y convertir el hombre de trabajo en un hombre capáz de dar el 100% de labor útil diaria. Hasta que la anemia que prevalece en esta clase sea absolutamente dominada semejante rehabilitación sería imposible.

EL JORNALERO

Es un labrador del suelo pura y simplemente; que vive penosamente en ruda choza por él edificada, más sobre suelo que no le pertenece. Rodeado de larga familia está imposibilitado de economizar un centavo de sus ganancias y, como dice Wely Rute sería para él un crimen intentarlo. Cuando no es víctima de la anemia es hombre de mediana estatura, bien nutrido, fuerte, reservado profundamente, receloso con los extraños, sin instrucción, pero astuto, generoso y respetuoso. Fuera de la anemia son pocas sus enfermedades como son sus vicios; soporta bien el sufrimiento y es sobre todo un gran trabajador aunque sus procedimientos sean primitivos y ruinosos. Depende totalmente del rendimiento de la cosecha que ayuda á conseguir, y, no siendo dueño del terreno, no sabiendo leer ni escribir, tiene que acudir al propietario, á quien sirve, en solicitud de ideas y protección. En la montaña es cultivador de café y blanco de color. En la costa es mulato, no obstante la tendencia de los últimos años del hombre blanco que se ocupa en el trabajo del café á trabajar en la recolección de la caña durante la estación inactiva en las plantaciones cafetetas. Su alimentación está reducida prácticamente á vegetales y frutras del suelo, al propio tiempo que al arroz, al bacalao, café y condimentos. En ella faltan los proteidos y grasas animales. Sería considerado á la par que en Europa y en Norte América. Suprímasele el jornal y vivirá en precario de los vegetales, y frutas propias del suelo porque el arroz, el bacalao y los condimentos cuestan dinero.

Debe ser considerado como hecho notable que la protección dada por España al cultivo del café escasamente hizo subir el valor á 7-½ millones de dolares en 1897, cuando en el año de 1911 con menos terrenos en cultivo subió la cifra á cinco millones y medio, sin ninguna clase de protección y después de la tor

menta de que ya nos hemos ocupado. Indudablemente que hubo algún descuido cuando nos detenemos á considerar que de 1890 á 1899 el tanto por ciento de defunciones causadas por anemia en la cifra total subió gradualmente de 13 á 22-½; cuando anotamos el testimonio de farmacéuticos y médicos de aquellos días afirmando que vivían de las sumas generosas de dinero gastadas por los agricultores en medicina y asistencia médica; cuando comprobamos que el 15% de la cifra total de mortalidad es debida á la anemia y que el promedio de hemoglobina del agricultor no vá más allá del 50 al 60%, no podemos menos de afirmar que los mejores propósitos de España fracasaron por no haber solicitado la coperación médica. ¿Hubiera nunca alcanzado el azúcar un valor de 25 millones de dolares por año con trabajadores cuya hemoblogina no llegaba al 60%? Nosotros creemos que nó; decididamente que nó.

El cultivador de caña lucha contra desastre físico cuando escoje á los trabajadores porque el trabajo es duro y requiere hombres fuertes.

Cuando los americanos desembarcaron por primera vez en Puerto Rico llamó poderosamente nuestra atención el color amarillo terroso del bracero del país. Lo peor es que la anemia por uncinariasis es realmente causa muy rara de muerte en Europa y en la América del Norte. Aun los casos graves son generalmente poco comunes. Lo que es de temer es la disminución en la capacidad para el trabajo. Más en Puerto Rico, con cerca de 300 personas por milla cuadrada, con condiciones ideales para el cultivo de la larva y un reducido número de fincas de café en las cuales se congregran cientos de trabajadores descalzos, bajo la sombra de los arbustos, recortando malezas, ó cogiendo café y ensuciando continuamente el suelo, cada trabajador recibe una dósis casi diaria de Necator Americanus, una serie de infecciones múltiples que se abre paso a traves de la inmunidad natural más impenetrable, que va dejando una clase enteramente anémica con mortalidad es pantosa imposible de comprender fuera de Puerto Rico. Cuando puede decirse que 30% de todas las defunciones registradas en el año de 1900 fué debido á la anemia y que más del 60% de estas muertes tuvo lugar en las montañas, y que de cada cien personas murieron dos todos los años de uncinariasis, ¿puede abrigar nadie la más ligera duda acerca de las condiciones físicas del otro 98% que vivía y estaba infectado bajo las mismas condiciones de los dos desgraciados que perdieron la vida?

Para ser más explícitos diremos, que la hemoglobina de 577 personas que se presentaron en el dispensarlo de Bayamón en 1904 en solicitud de tratamiento, dió un promedio 43.09%, Esto sucedía muy amenudo en los comienzos de nuestra campaña y constituye una nota especialmente valiosa porque Bayamón es una ciudad de la costa en donde la anemia debería ser poco acentuada; pero que sin embargo representa á las clases trabajadoras en azúcar, en tabaco y en fincas fruteras que eran las industrias de esa rica municipalidad en aquella época.

En la misma campaña de 1904 y 1905 en un total de 5,490 enfermos tratados personalmente por mí y por dos auxiliares, hubo un 22% de casos ligeros y muy ligeros; 19%, moderados; 41%, intensos ó muy intensos y 18% quedaron sin clasificación. En seis años de campaña en la cual se trataron 287,528 personas, hubo 3.99% de casos muy ligeros, 20.39%, ligeros; 44.90%, medianos; 25 05%, intensos, y 4.68% muy intensos. Hubo un 0.96% sin clasificación. Cuando consideramos que dejamos sin clasificar esos casos por el tanto por ciento de hemoglobina en la mayoría de las veces puede hacerse alguna objeción al intento de clasificación; pero cuando hacemos presente que los médicos de nuestro dispensario habían llegado á familiarizarse con los tipos clínicos durante toda su vida en Puerto Rico y que tenían gran habilidad para colocar los casos en la clase

á que pertenecían, habrá de comprenderse que el error, si hubo alguno, fué excesivamente pequeño. Deducimos esto de nuestra experiencia personal en una serie de varios miles de enfermos que fueron sujetos al exámen de hemoglobina al principio de nuestro trabajo. Nuestra clasificación por el tanto por ciento de hemoglobina quedó determinada así:

Entre 60% y la normal, casos leves ó muy leves; entre 30 y 60%, caso mediano ó moderado; bajo 30% caso intenso ó muy intenso.

La apreciación clínica del grado de enfermedad estaba determinada así:

Caso leve: "Individuo, anteriormente vigoroso y enérgico; siente que va perdiendo gradualmente sus fuerzas y disposición para el trabajo, con síntomas de dispepsia y quizás con débil palidez. Para sus amigos y vecinos, es un "*cansado*"; para aquellos que no son sus amigos es "un vago y no sirve para nada".

Caso moderado: "Individuo medianamente anémico con rebaja de actividad física é intelectual; el paciente parece y se siente absolutamente enfermo. No hay ya en él poca disposición para el trabajo, sino incapacidad parcial Está pálido y el ejercicio determina latidos de las arterias y palpitaciones del corazón; los cambios rápidos de posición determinan repetidos vahídos. Aparece como medio narcotizado si lo fuera".

Caso intenso. El enfermo ha llegado á semejante estado; en él puede ocurrir en cualquier tiempo la terminación fatal de la enfermedad. Palidez extrema, extremidades edematosas, dilatación cardiaca......" etc.

Al referirnos á los 5.490 casos de 1904 en los cuales se tomó amenudo el tanto por ciento de hemoglobina para el promedio del tipo de enfermedad y comparando ese resultado con la apreciación del caso como se ha establecido clínicamente en más de 280.000 tratados subsecuentemente, podrá verse que por el último procedimiento la gravedad de cada caso fué más bién bajo que sobre estimada.

A cualquier luz elegida para considerar el problema, podemos ver cuán enferma está la clase trabajadora de Puerto Rico. Mi experiencia personal me induce á considerar al tanto por ciento de hemoglobina como medio racional de apreciación de la capacidad para el trabajo entre 20 y 85%, aunque es, en verdad, un asombro ver el trabajo á que hace frente un bracero anémico. Una cifra inferior á 20% pone ordinariamente fuera de combate y sobre el 85% todo cálculo referente á la capacidad para el trabajo, como afectado por el parásito que soporta, es demasiado incierto. Todo ello viene á significar que el promedio del trabajador anémico de Puerto Rico pierde por lo menos el 50% de su capacidad para el trabajo á consecuencia de la anemia.

Esta enfermedad no reconocida en los días coloniales, tempranos, ha sido responsable del cargo injusto hecho por los europeos sanguíneos al trabajador portorriqueño al acusarle de vago é indolente; y fué precisa la aparición de un ciclón tremendo que pusiera al cultivador del cafeto á merced de sus recursos propios para que cayera la máscara de la faz de una de las situaciones más dolorosas que haya conocido jamás la historia médica. Cuando era excitado por el agricultor, por el gobierno insular ó por el pueblo americano á que se levantara y se pusiera á trabajar, se dejaba caer para morir á chorros incapáz de responder aún á la más apremiante necesidad. La anemia en Puerto Rico, influida por condiciones especiales, concomitantes con la decadencia del café, y por los mil y un factores que concurren á debilitar la resistencia de un pueblo indefenso y azotado por la pobreza, para adquirir una enfermedad crónica enervadora afecta hondamente *al trabajador, al terrateniente y al territorio.*

EFECTO DE LA UNCINARIASIS EN EL BRACERO

1.—Reduciendo su jornal.

Muy amenudo se le paga por el trabajo que hace durante el día.

Esto es exáctisimo respecto al cojedor de café que recibe de 10 á 15 centavos por almúd ó medida convencional llena. Algunos agricultores tienen dos tipos de jornal; uno para el bracero en buen estado de salud y otro, mucho más bajo, para el anémico. Ellos manifiestan que pierden dinero con el anémico, apesar del jornal bajo; pero que no tienen corazón para dejarlos fuera y por ello le retienen con la esperanza de que pueda curarse y aumentar el número de jornaleros nunca excesivo.

2.—Cercenando sus salarios, ya demasiado escasos, con la compra de medicinas y en algunos casos con los honorarios del doctor.

La cantidad de las medicinas patentizadas restauradoras de la sangre, vendidas en Puerto Rico durante los pasados años es asombrosa.

Cuando la situación económica llegó aquí á su nivel más bajo, después del ciclón, fué cuando halló sus mejores días ese vampiro industrial. Los médicos no podían facilmente llegar hasta la población rural enferma, aunque desearan hacerlo así, porque el médico municipal tiene bajo su atención un promedio de 15,000 personas y amenudo mucho más.

Estos eran indigentes, todos, de manera efectiva; y el 70% se encontraba más ó menos enfermo. Vivían, nó en las poblaciones ó en los caseríos, sino en todos los rincones y escondrijos de la municipalidad cuya población en sus nueve décimas partes, estaba distribuida en los distritos rurales, inaccesibles por falta de carreteras y generalmente alcanzados solo por veredas al borde de precipicios. Más de cinco visitas durante un día á semejantes enfermos era imposible y solamente contados afortunados podían disponer de una modesta remuneración para permitirse el lujo de llamar á un médico. El resto tenía que conformarse con las promesas de las medicinas patentizadas y los charlatanes.

3.—Sobrecargando su inteligencia y debilitando su animo.

Sobre todos los síntomas varios con que el jíbaro infortunado, infectado por la uncinariasis que le atormenta, flota el velo de un intelecto soñoliento en un cerebro que ha recibido un golpe que le aturdió......Hay en él la expresión de la hipocondría, de la melancolía sin esperanza, la cual en los casos graves ahonda sobre manera la apariencia de la estupidez profunda con indiferencia para todo lo que le rodea y carencia de toda clase de aspiraciones. "Uncinariasis en Puerto Rico"—documento del Senado No. 808—1911. Government Printing Office, Washington, D. C.

Las gentes enfermas están incapacitadas para obrar por su propia iniciativa y tienen que ser conducidas al trabajo y que decirles todas las cosas separadamente, varias veces, antes de que puedan entenderlas.

4.—Impidiéndole que evite la infección:
Las ganancias anuales de una familia en 1904 de acuerdo con Weyl, experto del Departamento de Comercio y Trabajo de los Estados Unidos, era por término medio, en 1904, muchísimo menor de $100 por año y no encontraba trabajo sino durante cuatro días á la semana. La mayoría está privada de trabajo estable durante 9 meses al año y durante los otros tres en la época de la recojida del café era empleada toda la familia pagándole su trabajo, por lo menos en las plantaciones de café, de acuerdo con la cantidad de café recogida. El 50 por ciento de una recojida normal representaba el 50 por ciento perdido por la enfermedad.

Aún cuando todas sus ganancias se emplearan en alimentos todavía sería la ración inadecuada á sus necesidades. De este modo los zapatos constituían un lujo imposible de alcanzar. Sus condiciones intelectuales, su miseria, la falta de mercado á causa de los caminos intransitables, la carencia de bestias de carga con las cuales trabajar, hacían el cultivo de los pedazos de terrenos materia en la que no había que pensar.

5.—Impidiendo que solicitara trabajo

en ninguna otra parte que no fuera en los cafetales.

A los jornaleros trabajadores en las fincas de café, enfermos de anemia, no los quieren en las plantaciones azucareras en donde hay menos probabilidades de infección y mejores salarios. De este modo la enfermedad le confina á ser un peón y le ata al arbusto cafetero.

LOS EFECTOS DE LA UNCINARIASIS EN EL AGRICULTOR

1.—Si los cojedores de café ambulantes no pueden obtener sinó un 50% escaso de lo que ganarían si se encontraran en buena salud, el empleado regular en la misma faena que vive exactamente bajo las mismas condiciones no puede esperarse que gane mucho más que aquellos. En realidad aún con aquel ridículo jornal que se pagaba en el año 1904 (30 centavos) perdía dinero el agricultor á causa de la deficencia del trabajo. En una visita que hube de hacer á una plantación cafetera, hace próximamehte dos años, situada bastante lejos de los dispensarios dedicados al tratamiento de la anemia, tanto, que los braceros eran casi todos, casos de anemia no atendidos, se me dijo por el propietario que estaba absolutamente desanimado y próximo á abandonar el trabajo; que tenía 1800 acres de tierra de la mejor clase para el cultivo del café y que mucha parte de ella habría de quedar sin labor porque no se determinaba á hacerlo á causa de los resultados miserables que le daba la porción ya cultivada, calculándo sus pérdidas, provenientes del resultado de la enfermedad de los trabajadores, en cerca de un 50 por ciento.

Sucedía esto en horas de la tarde en época de cosecha; volvían los cojedores de café de los cafetales y depositaban el producto de la recojida en el almacén. Me estacioné á la puerta y fué preguntando á cada uno á cuanto alcanzaba su recojida durante el día, estableciendo previamente para formar el juicio la cantidad normal que puede cojer un hombre. El promedio obtenido de este modo entre 200 trabajadores no llegó á un 50 por ciento más de lo que debiera haber sido ó sean dos almudes por día. La cantidad que se paga por una medida llena ó almud varía con la abundancia de las bayas y en aquel día fué de 12½ centavos por almud. He aquí como había allí 200 personas que habian perdido por lo menos, $ 50 en un día á causa de una enfermedad corregible y evitable. Contemplando aquellos pobres anémicos descalzos, enlodados, chorreando agua, habia que maravillarse como el Cielo permitía que pudieran haber cojido el café que traían; y, algunos manifestaban, todavía, que habian sido auxiliados por algunos compañeros más fuertes. Algunos de aquellos trabajadores eran peones regulares de la finca según se me manifestó; y, en verdad, que no podian distinguirse de los otros por el grado aparente de anemia. Cuando aquellos que tienen interés en hacer una tarea copiosa no pueden producir sinó un 50 por ciento de lo que fuera posible obtener á un hombre en buena salud, ¿puede esperarse que estos peones que trabajan á sueldo y en las mismas condiciones físicas, puedan producir más que aquellos á jornal?

2.—Aún con todos los peones que le es posible pagar, queda sin cultivo una gran parte de su finca, ó si la cultivara toda lo sería de manera tan pobre que no conseguiría sinó una fracción de la producción normal.

3.—El ideal del agricultor es conseguir peones suficientes para atender á la cosecha, dejando un mínimun para ser ocupados en la época de la recolección, pues á estos braceros ambulantes ha de proporcionarseles durante dos ó tres meses, casa, muy amenudo alimentación, etc. Cuanto mayor número haya de alquilarse en la época de la recolección, tanto mayor han de ser los gastos por jornal. Ningún agricultor puede hacer cálculos económicos acerca de su cosecha si ha de contar con esta clase de peones anémicos.

4.—Existe en la actualidad una gran escasez de brazos en las plantaciones cafeteras. Los braceros buenos abandonan las fincas para buscar empleo en los

campos de caña y tabaco en donde se les paga mejor; más los hombres que hacen esto, son individuos ya curados de anemia porque de otro modo no serían aceptados en las fincas azucareras. El resultado de esto es, que el agricultor tiene que pagar en la montaña jornales más altos que antes y todavía tiene que luchar con sus anémicos. Es una clase que va desapareciendo rápidamente; pero queda el hecho de que, al parecer, el que se dedica al cultivo del café ha de luchar con la anemia hasta lo último y mucho más después de que el azote haya cesado para convertirse en una amenaza seria para el éxito de las industrias azucareras y tabacaleras.

LOS EFECTOS DE LA UNCINARIASIS SOBRE EL GOBIERNO INSULAR Y MUNICIPAL

En un país en que hay un tanto por ciento tan grande de habitantes que viven en precario, sin un centavo economizado para casos de emergencia, en presencia de una efermedad que palpablemente afectó el 70 por ciento de los braceros rurales y causó en el año 1900 12.000 defunciones, los recursos naturales tienen que forzarse para atender á tales circunstancias. Cerca de la mitad de las contribuciones ingresan en la tesorería para caminos, educación, etc.

Los caminos locales, la contrucción de calles y otros gastos meramente municipales por la municipalidad tienen que ser suministrados. Si ellos hubieran de atender al tratamiento de todos sus enfermos indigentes, incluyendo gastos de medicación, irían irremediablemente á la bancarrota.

Como hecho real debe indicarse que las sumas mezquinas consignadas para tales fines nunca cumplen su cometido. En muchas municipalidades las proposiciones para el suministro de medicinas á los enfermos pobres se hacen por subasta por farmacéuticos locales y en un mes se gasta la cantidad total destinada para todo el año. Aun estas cantidades, no siempre empleadas prudentemente y siempre escasas, representan, no obstante un gran esfuerzo por parte de la ciudad.

2.—El valor de las propiedades depende natural é indirectamente de la producción y cuando ellas se desarrollan solo de una manera parcial las tasaciones no alcanzan á lo que debieran ser.

3.—Los trabajadores empleados por el Gobierno Insular tienen que aceptarse entre los más anémicos porque los mejores son absorbidos ya por las plantaciones. Como dato fehaciente debe decirse que estos hombres muy enfermos fueron empleados en los caminos con gastos enormes cuando se supuso que su condición era resultado del hambre y como una medida de alivio para el pobre; nadie es capaz de saber qué tanto por ciento de aquellas consignaciones se perdió por la deficiencia del trabajo. Para decirlo de una vez es obvio que consentir que muera la industria cafetera en Puerto Rico es realmente inútil, es consentir algo que no tiene utilidad y es altamente perjudicial. Para muchas gentes es la cosecha de las cosechas en el interior de Puerto Rico: y su pérdida vendría en definitiva á reflejarse sobre el azúcar y el tabaco porque estas islas antillanas desnudas de arbolado están sujetas á largas sequías y á lluvias torrenciales. Esto es lo sucedido actualmente y en la apariencia, al menos en la parte sur de la costa en donde para evitar la ruina de la riqueza sacarina en Guayama, Salinas y Ponce, ha habido que acudir á la construcción de una planta de irrigación que cuesta de tres á seis millones de dollars. Las montañas del norte se ven surcadas y desnudas y por falta de raices de arbustos y sombra de árboles que guarden y devuelvan por cientos de pequeñas corrientes de agua. Volumen de agua bastante para las tierras excelentes de la costa, se ve amenazado uno de los distritos azucareros más ricos de la isla. Esto aparte de otras consideraciones ya mencionadas.

La uncinariasis afecta á toda la isla directa é indirectamente; pero constituye la principal ruina para la industria cafetera. Para resolver el problema del café ningún plan puede estimarse como com-

pleto ni tampoco ninguno alcanzará éxito sino se tiene en cuenta este problema médico social. En el informe de Weyl acerca del trabajo en Puerto Rico en 1904 al Departamento de Comercio y Trabajo de los Estados Unidos encontramos lo siguiente:

"Uno de los factores más importantes entre los que influyen en la condición de las clases trabajadoras de la isla es la anemia. Esta enfermedad, que ataca principalmente á los pobres del país, perjudica la eficiencia de la gran masa de obreros puertorriqueños, quizas más que en ningún otro factor. La importancia económica de la enfermedad no puede ser bien estimada....La enfermedad está tan extendida que hay que considerarla prácticamente como universal. El resultado de la extinción de la enfermedad de la anemia sobre las condiciones de las clases trabajadoras de Puerto Rico sería casi incalculable. Muchas personas que al presente están enfermas y debilitadas para trabajar se hallarían capacitadas para ello y la eficiencia industrial altamente afectada por el vigor del músculo, por la energía del nervio, por la resistencia física, y la dirección inteligente del trabajo del pueblo había de aumentar amplísimamente. Un movimiento de gran actividad tendente á la extinción de la enfermedad, constituye con toda probabilidad, la medida más grande ó la única que puede ser adoptada en los tiempos presentes para mejorar la eficiencia industrial de las clases trabajadoras de Puerto Rico."

Desde 1904 á 1910 inclusive, han sido tratadas por anemia, por un servicio especial, 300.000 personas, en números redondos. Este número aumentará agregando el fruto del trabajo inficiente como sigue:

1.—Casos tratados por médicos no pertenecientes al servicio.

En la actualidad no se encuentra un solo médico que no trate al "*jíbaro*" anémico con timol. Muchas veces se hace esto sin previo exámen fecal, á despecho de nuestras protestas; pero como quiera que casi el 99 por ciento de semejantes casos se deben á la uncinariasis, resulta de gran provecho dicho tratamiento.

2.—Son tratados por asociaciones religiosas y comisiones médicas.

Su número es bastante grande y contribuye del modo más práctico á la obra general.

3.—Casos tratados por los charlatanes.

Recordando lo que hemos dicho referente á la dificultad de que un doctor pueda llegar á los barrios remotos de una municipalidad no es de admirar que los jíbaros más avisados aprendan el tratamiento ténico sencillísimo y lo apliquen por una corta recompensa. Que esto no es poco común puede comprobarse por una hábil investigación en cualquiera de estos barrios. Campaña vigorosa se ha hecho en contra de estos entremetidos desde el principio; pero no hay la menor esperanza de poderlos dominar.

4.—Casos tratados por la famila.

La administración de la sal y del timol para la anemia ha llegado á ser bien pronto un remedio familiar, en ciertas partes, del mismo modo que la quinina y calomel lo son en nuestras regiones del sur. Aún algunos propietarios de fincas lo hacen cautelosamente. Desde luego que está mal hecho; pero !!que cosa más natural!!!

Teóricamente es muy difícil conseguir medicinas sin una receta de un médico; pero en la práctica no hay dificultad ninguna para ello.

5.—Casos tratados por los funcionarios del servicio de anemia en el intervalo existente entre las consignaciones que se hacen para continuar el trabajo.

En varias ocasiones ha habido una laguna entre la terminación de un año fiscal y el resultado del servicio de anemia. Una vez fué convocada la legislatura á sesión especial con el fin de proveer á la irrigación de la costa sur de la Isla y para reconsignar fondos á fin de continuar el trabajo de la anemia que había dejado de hacerse en la sesión regular. En estos intervalos nuestros médicos mantuvieron abiertas las estaciones, trabajando sin

remuneración alguna, aunque los registros no se llevaron como antes. En adición á estos ha habido muchos miles de casos vueltos á tratar por el actual servicio sanitario que tomó á su cargo la obra en Julio 1º de 1910.

La enfermedad de la uncinaria probablemente sentó sus reales en Puerto Rico en el remoto año de 1530, próximamente, 400 años atrás. En el año 1788 Fray Iñigo Abad hacía la observación de que "los jíbaros tenían el aspecto y el color de los convalescientes". El número de años que tales aspecto y color hayan sido observados no lo dice; pero nosotros podemos afirmar sin temor alguno que durante 200 años se explicó la anemia en Puerto Rico por la teoría compuesta del alimento deficiente, el clima tropical y la malaria. Cambiar la creencia fija de un pueblo, la herencia de 200 años, no era propósito fácil. Desde el año 1899, que fué cuando el autor de este trabajo pudo indentificar por primera vez como ankylostomiasis dicha anemia hasta el año de 1904 que fué cuando empezó realmente la campaña contra la enfermedad, hubo un período trabajo muy arduo de preparación y estudio científico.

El resultado de la aplicación general de un remedio específico para dicha anemia ha sobrepujado nuestras esperanzas más halagadoras. Hoy, muy rara vez, se encuentra un caso de uncinariasis á lo largo de las carreteras de Puerto Rico, donde antes en todos los pueblos en que hacía alto el viajero era asediado por los pordioseros lastimosos en los últimos estados de la enfermedad, incapacitados para el trabajo é impulsados por el hambre á implorar la caridad de los transeuntes. Pocos casos de gravedad media se ven ahora, é indudablemente, el color y el aspecto del pueblo no podrá en adelante describirse como el de convalecientes.

La mortalidad determinada por la anemia no es sinó un octavo de lo que acostumbraba á ser antes. El tanto por ciento de mortalidad ha bajado desde 42 por mil en 1899 á 1900 á 22 por mil aproximadamente, en este año y solamente en las montañas, en aquellos lugares alejados y no vistos por el viajero y aun ni por los habitantes de las ciudades en Puerto Rico, es que todavía se halla en acecho la uncinaria, no seguramente como antes, porque con el tratamiento universal de la enfermedad ha venido la educación universal del pueblo y no hay hoy, en los días presentes, un sólo jíbaro que no sepa que nadie se muere por necesidad á manos de su viejo enemigo la *anemia.*

A la finalización de cada año de trabajo se ha hecho distinto su valor con el infome anual ó con la demostración de cartas probatorias del entusiasmo y diligencia de aquellos que nos auxiliaron en la realización de nuestros propósitos. Hasta los años 1907-1908 fueron recogidos nuestros datos de los médicos relacionados con nosotros, que eran positivamente los mejor preparados para juzgar de los resultados obtenidos; pero el último año citado, los funcionarios municipales de 37 poblaciones en las cuales se habían establecido estaciones que trabajaron durante todo el año fueron invitados para exponer sus opiniones acerca de la necesidad de continuar la obra. El Alcalde, traduciendo los sentimientos del Concejo, y, en algunos casos las resoluciones formales del ayuntamiento, apelaron elocuentemente en favor de la continuación, citando las mejoras obtenidas en la salud del pueblo, la reducción de la mortalidad y la economía determinada en el presupuesto municipal por el concepto de medicinas.

Muchos manifestaron que con gusto tomarían á su cargo parte de los gastos para sostener la obra; nueve de dichos organismos tomaron acuerdo solicitando del Gobernador que convocara á la legislatura á sesión especial para consignar fondos bastantes con que continuar el trabajo y práticamente todos pagaron tributo á la empresa que ampliamente beneficiaba á los médicos por los miles de personas á que habían atendido.

De este modo conseguimos la aproba-

ción expresa y el apoyo de los médicos y de las gentes por intermedio de sus funcionarios municipales. Tenemos la prueba elocuente, persistente, de la fé del jíbaro en esta nueva *teoría* que lo traía diariamente á bandadas por veredas fatigosas á nuestras estaciones sin la más ligera demostración de arrepentimiento. Tenemos la expresión franca de la legislatura que año por año suministró con liberalidad los fondos necesarios para el sostenimiento del trabajo hasta un total de $200,000. Tenemos el interés formal de todos los gobernadores de Puerto Rico desde el Gobernador Hunt quien junto con el Hon. Regis H. Post presentó en 1904 la primera consignación, hasta el actual Gobernador George R. Colton, todos los cuales han recomendado años tras año á la legislatura la necesidad absoluta de continuar la campaña.

En pocas palabras; no hay clase ni condición en el pueblo de Puerto Rico, apenas hay un individuo, que ponga en duda la necesidad de luchar contra la anemia y gastar dinero en hacerlo.

Sin embargo de todo esto, cuando recibí el tema sobre el cual había de hablar en este día, me pareció que á todo este magnífico testimonio debería agregarse el del agricultor quien podría establecer con mayor certeza, quizas, los beneficios alcanzados con este trabajo. De acuerdo con esta idea, dirigí una carta circular á cerca de 400 cultivadores de caña, café y frutas, representantes de casi todas las municipalidades de la isla. Aunque el tiempo era sumamente limitado para conseguir contestaciones de todos, consigno á continuación de las siguientes preguntas, los resultados obtenidos en más de 224 cartas recibidas.

—1ª pregunta:—¿Qué promedio de trabajadores que pudieran hacer un día completo, tuvo Ud. en su finca en el año 1900?

Contestación:—40 por ciento.

2ª pregunta:—¿Qué tanto por ciento de eficacia en el trabajo han ganado sus peones despues de curados de la anemia?

Costetación:—7 por ciento.

3ª pregunta:—¿Qué promedio de peones anémicos existen hoy en su finca?

Contestación:—17.5 por ciento.

4ª pregunta:—¿Cree Ud. que curándoles aumentarían los beneficios de Ud. y una vez hecho en qué tanto por ciento?

Contestación:—Sí; en 40 por ciento.

Mas de la mitad enviaban como adición expontánea un aplauso caluroso y sincero por los resultados de la campaña, solicitando que se continuara y manifestando que en toda la historia de la legislatura insular nunca se había empleado mejor el dinero del pueblo que en esta obra.

Creo que los sentimientos del agricultor se expresan perfectamente en la siguiente carta (contestación á una mía de la cual incluyo copia unida á este documeuto) del Presidente de la Asociación de Productores de Café de Puerto Rico.

Junio 14, 1912.

Mr. Bailey K. Ashford,
San Juan, P. R.

Querido Dr. Ashford:

Ruego á Vd. me excuse por la dilación en contestar á su muy interesante carta. Tuve que ir á San Juan y me encontré sin tiempo disponible.

Como puede Vd. comprender facilmente, es casi imposible dar á Vd. inmediatamente la información solicitada; sírvase concederme algunos días porque deseo enviar á Vd. tantos datos como sea posible, en relación con su ameritada carta. Aunque tengo alguna duda acerca de los resultados de mis investigaciones es mi deseo sincero cooperar con Vd. y ayudarle en asunto de vitar importancia.

Sírvase ponerme á los piés de señora y créame que soy de Vd. sinceramente,

(Firmado) *M. Mariani.*

Ponce, P. R., Julio 15 de 1912.

Dr. Bailey K. Ashford,
San Juan.

Muy Sr. mio:

En contestación á su atta. circular de Junio último y á su comunicación del 12 de este mes, paso á hacer las siguientes consideraciones;

He leido con detenimiento su interesante trabajo sobre el aspecto económico de la campaña contra la anemia en esta Isla, y no encuentro nada que añadir á él ni creo que tenga que hacerle anotación alguna. Ud. lo ha dicho todo Los resultados de esa campaña no han de verse solamente en la notable reducción de la cifra de mortalidad que arrojan las estadísticas, por lo que á la uncinariasis se refiere, sino que también en la reintegración al agregado social de las grandes masas que la enfermedad había inutilizado, en el rendimieuto de trabajo con que esas masas están contribuyendo á nuestra siempre creciente producción, en la cantidad de seres arrancados á la mendicidad y al parasitismo, en el aumento proporcional de nuestro comercio y el mejoramiento general de una importante fracción de nuestro pueblo. Por tanto, reviste extraordinario interés el trabajo á que me refiero, y yo siento verdadera satisfacción en felicitarle por tan meritoria tarea.

La escasez del tiempo disponible me priva del placer de realizar una cuidadosa ininvestigación acerca del particular y responder con exactitud al cuestionario que me envía. No puedo, pues, contestar con precisión dichas preguntas, porque no tengo datos numéricos determinados; pero sí puedo asegurar—y eso todo el mundo lo sabe aquí—que la capacidad de labor de nuestos jornaleros ha aumentado considerablemente; á tal extremo, que un infinito número de trabajadores completamente inutilizados por la anemia y que ya no concurrian á las plantaciones, están dando hoy rendimientos de trabajo eficiente que en ninguna parte se podrían superar.

Hay dos hechos que hablan con elocuencia abrumadora á favor de la campaña contra la anemia, desde el punto de vista económico: 1.o— Que nuestra producción azucarera se ha elevado de sesenta mil á trescientas mil toneladas; la de tabaco ha crecido asombrosamente y las cosechas de café, con las alternativas debidas á la influeucia del tiempo, son ya casi iguales á las anteriores al ciclón de 1899; y no han faltado ni faltan brazos para atender á tal aumento de producción. 2.o—Que apesar de la gran cantidad de jornaleros que bajan á la costa atraidos por el trabajo de las plantaciones de caña y tacaco, nó se siente falta de ellos en los distritos montañosos del interior donde se cultiva el café y donde eran más serios los estragos de la anemia.

En resumen: Creo que todo el mundo aquí admite como cosa irrebatible que la campaña contra la anemia ha influído poderosamente en el aumento de la capacidad de labor de nuestros jornaleros, siendo hoy los curados tan fuertes y hábiles como los mejores. Lo importante ahora sería que Gobierno y hacendados trabajasen de consumo, cada cual dentro de su esfera de acción, para conseguir no sólo que la uncinariasis no siguiese atacando al habitante de nuestros campos sino que la reinfección de los ya curados no viniese á esterilizar el fecuudo esfuerzo de Vd. y de los que con Vd. han trabajado tanto en la campaña de referencia.

Con la mayor consideración soy de Vd.

(firmado) *X. Mariani.*

Cuando comparamos estos datos con nuestro cálculo de 1902, que el 90% de la población rural y algo menos de la de las poblaciones estaban infectadas por el Necator Americanus, y que el 70% de éstas, estaba menos enfermo, habrá de verse que nuestro cálculo no estaba muy lejos de la verdad.

Nosotros estimamos en los comienzos de nuestra campaña que teníamos que tratar cerca de 800,000 personas infectadas cuando la población era de 950,000 habitantes. 300,000 personas fueron atendidas en los seis años de existencia del servicio especial de anemia, cuatro años de los cuales estuvo á cargo de médicos portorriqueños bajo la dirección del Dr. Pedro Gutiérrez. De 100,000 á 200,000 personas han recibido tratamiento hasta la fecha, número que no está incluido en nuestras estadísticas oficiales; y 300.000 más necesitan todavía atención: pero en estas 300.000 personas, 200.000 son realmente casos leves ó simplemente portadores del parásito dejando solamente 100.000 personas enfermas palpablemente. La mayoría de estos enfer-

mos vive en lugares inaccesibles de la montaña.

Claro es que nos sentimos naturalmente inclinados á considerar los millones economizados á agricultores y braceros; el valor de las vidas que de otro modo hubiera sido pérdida real; el impulso que ha recibido la vida agrícola elevando el tanto por ciento de hemoglobina en las pobres clases trabajadoras de Puerto Rico; pero dejaré que cada cual de los que oigan ó lean esta narración, haga el cálculo por sí mismo. Bastante hemos dicho para llevar á la conciencia de todos que la medicina científica ha hecho á todo un pueblo 50 por ciento mejor que lo era antes y que ha jugado con éxito una carta procurando un 400 por ciento de aumento en el comercio de Puerto Rico.

San Juan, P. R., Julio 19, 1912.

Sr. D. Xavier Mariari,

Ponce, P. R.

Mi estimado amigo Mariani:

Obra en mi poder la suya 15 del actual.

Los datos que Vd. me proporciona, no sólo son interesantes sino también importantes para que me sirvan de ayuda en la memoria que he de presentar en el próximo Congreso de Higiene y Demografía que ha de celebrarse en Washington dentro de breve tiempo.

Créame, amigo, que le estoy muy agradecido por esos datos que Vd. bondadosamente me proporciona. Muchas gracias por las frases halagadoras que me prodiga. Lo que hago, mi trabajo, es para el mejoramiento de Puerto Rico, tanto desde el punto de vista humanitario, como la coordinación que pueda tener con el desarrollo y la prosperidad comercial.

Soy de Vd. su invariable amigo,

Dr. Bailey K. Ashford.

DESARROLLO MODERNO DEL TRATAMIENTO CIENTIFICO Y RACIONAL DE LA SIFILIS

POR EL DR. JOSE S. BELAVAL

MEDICO DE LOS HOSPITALES MUNICIPALES

El tratamiento de esta terrible enfermedad hasta hace muy pocos años era completamente empirico; administrabamos el mercurio y los yoduros por que sabiamos que estas poderosas drogas mejoraban la sintomatología de los sifilíticos, y aun producia la curación de nuestros enfermos en ciertos y determinados casos; era pues, un verdadero tratamiento sintomatológico, y no teníamos la menor idea de como se verificaba esta benéfica influencia, ni como actuaban las drogas sobre las distintas lesiones sifilíticas; y no teníamos esta idea, porque desconocíamos en absoluto el factor etiológico de la dolencia, hasta que, Schawdin descubriendo la espirocheta pálida que lleva su nombre, demostró de una manera evidente que era el organismo causante de la sífilis.

Este fué indudablemente el primer paso de avance en el tratamiento racional y científico de la avariosis; comenzóse á estudiar la acción de las drogas antisifilíticas sobre la espirocheta, y emprendiéronse investigaciones en busca de otros medicamentos que actuaran de un modo más

deletéreo sobre tales microorganismos, investigaciones que pusieron á Ehrlich en el camino que había de conducirlo á su brillante descubrimiento.

El descubrimiento de la espirocheta pálida no fué el único factor importante en el desarrollo moderno del estudio y tratamiento de la sífilis, sinó también el mejoramiento de los medios de diagnóstico clínico y de laboratorio; y asi tenemos que solo hace ocho ó diez años la mayoría de los sifiliógrafos recomendaba esperar irremisiblemente la aparición de la roseola y demás síntomas del período secundario para comprobar el diagnóstico antes de condenar al enfermo á varios años de una penosa mercurialización, cuando hoy en la aplicación del ultramicroscopio nos permite ver é identificar la espirocheta pálida, en una simple mancha de la supuesta lesión inicial, quedando así el diagnóstico establecido de una manera irreprochable y permitiéndonos comenzar un rudo ataque contra la infección en su mismo principio, y aún antes, de la aparición de la reacción de Wasserman, única esperanza que se nos ofrece de hacer abortar la infección en ciertos y muy contados casos.

Por otra parte, cuando la enfermedad está más avanzada, la lesión inicial ha desaparecido, y no presenta el enfermo quizás ningún síntoma aparente de la infección. Wasserman con el estudio de la reacción que lleva su nombre, viene á salvar la dificultad del diagnóstico, presentándonos su nuevo método, por medio del cual, podemos determinar si el paciente es ó nó un sifilítico en la mayoría de los casos.

No es en mi concepto éste el único papel que le está asignado al brillante estudio, sinó el más importante de servirnos de guía, en el curso del tratamiento de nuestros pacientes, y según antiguamente informábamos á los sifilíticos que habían de ser tratados por un largo período de tiempo aún cuando sus sintomas hubiesen desaparecido por completo, hoy en cambio, medimos la intensidad, curso y duración de los tratamientos antisifilíticos, por los resultados obtenidos con la reacción de Wasserman que nos sirve de experto piloto para guiar nuestra nave al puerto seguro de la curación. Asi ordenamos practicar cuantas reacciones de Wasserman sean necesarias durante el curso del tratamiento, que se continua hasta que aquella se hace negativa de un modo permanente.

Aún nos queda un último y modernísimo recurso de diagnóstico y guía en estos casos, y es la reacción de la Luetina recientemente descubierta por el celebre Japonés Noguchi, la que según su autor, es una reacción cutánea mucho más sensible que la suero reacción de Wasserman, puesto que, ha dado resultados positivos en casos en que el Wasserman se había hecho ya negativa.

De estar en lo cierto Noguchi, tenemos ya á nuestro alcance un medio utilísimo de comprobar de una manera concluyente nuestros diagnósticos y el resultado del tratamiento.

Si á estos nuevos métodos de diagnóstico que hemos mencionado, agregamos el hermoso descubrimiento de Ehrlic-hHata, comprenderemos facilmente el cambio revolucionario que se ha operado en estos últimos años en el tratamiento de la avariosis.

Es indudable que al descubrimiento del salvarsan se debe en gran parte esta revolución terapéutica, pues aún cuando la droga no produjo los brillantes resultados que algunos esperaban, sin embargo, se conquistó por si misma un puesto de honor en nuestro arsenal terapéutico antisifilítico; tan pronto como se precisaron sus indicaciones específicas, se mejoró la técnica de su aplicación, se conocieron mejor sus contra indicaciones y se la despojó de la aureola de maravilla con

la que inconscientemente la rodeó su descubridor al anunciar de muy buena fé, pero equivocándose, que había encontrado la terapia esterelizans magna.

Es altamente satisfactorio para los que no nos dejamos deslumbrar por el brillo de aquella aureola que rodeó desde un principio el sorprendente descubrimiento de Ehrlich y que por el contrario dimos la voz de alerta en contra del uso rutinario de la nueva, droga observar, como una vez pasada la época de los bombos y platillos del 606 y restablecido el equilibrio, se han ido cumpliendo algunas de nuestras predicciones, habiéndose llegado ya á conclusiones tan precisas y determinadas como son las expresadas ante la reunión conjunta de las secciones de dermatología y fisiología de la Asociación Médica Americana en su 63ª sesión anual por los Doctores John A. Fordyce, Abner Posta de Boston, B. C. Corbus de Chicago y Dr. Howard Fox.

Tenemcs, pues, que el notable Profesor Fordyce termina su monografía "La Administración del Salvarsan en La Sifílis" con las siguientes conclusiones:

"Que la eficacia del salvarsan en el tratamiento de la sifílisis está en razón inversa á la duración de la enfermedad.

"Que el salvarsan puede hacer abortar la infección en algunos casos, cuando el tratamiento es iniciado en sus mismos comienzos y antes de haber aparecido una reacción positiva de Wasserman; pero una vez que ella se ha hecho aparente, las probabilidades de cambiarla en negativa con sólo varias dosis de la droga disminuyen en razón directa al tiempo que ha durado la infección.

Que el salvarsan debe combinarse con el mercurio en el tratamiento de la sífilis, por que los resultados obtenidos por cualquiera de las dos drogas separadamente no podrán nunca conpararse con las grandes ventajas derivadas de la combinación de ambas.

Que en los comienzos de la enfermedad, tres ó cuatro dosis del 606 complementadas por un tratamiento mercurial pueden curar un buen número de casos en el término de seis meses á un año.

Que si la enfermedad está en el período florido serán sin embargo necesarios cinco, seis ó más dosis acompañadas de un tratamiento mercurial intenso y persistente.

Que en algunos casos de sífilis del sistema nervioso como por ejemplo, tabes dorsal con reacción de Wasserman debil y linfocitosis del fluido cerebro espinal; meningitis acompañada de intensa y persistente cefalalgias etc. el empleo del salvarsan ofrece resultados mucho más satisfactorios que el del mercurio y ioduros.

Y que, por último, en casos de sifílis maligna refractarios al mercurio y ioduro á pesar de largos tratamientos, muy á menudo se observa que desvanecen rápidamente los sintomas de la enfermedad con la aplicación de una ó dos dosis de salvarsan.

Abner Posta en su artículo "El lugar que corresponde al mercurio y al salvarsan en el tratamiento de la sifílis", viene también á las conclusiones siguientes: que la utilidad del mercurio como antisifilitico no ha disminuido en nada por el descubrimiento del salvarsan, y que por lo tanto debe ser retenido como una droga importante que puede y debe emplearse cuando el uso del 606 se hace difícil ó está contra-indicado y por que administrado propiamente mejora muchos enfermos y aun cura algunos.

En cambio, concede al salvarsan, que parece abortar algunos casos cuando se usa en su principio especialmente si se acompaña del tratamiento mercurial y que hace desva-

necer los síntomas con rapidez pasmosa en muchos casos en que el mercurio ha fracasado.

Dr. Howard Fox concluye del modo siguiente su artículo "El valor relativo al mercurio y el salvarsan desde el punto de vista serológico": que en el período primario especialmente antes de la reacción de Wasserman sea positiva, el salvarsan es el remedio más valioso que tenemos bajo el punto de vista clínico y serológico.

Que injecciones repetidas de la droga en este período prometen abortar la enfermedad en un buen número de casos; y por último que las comparaciones serológicas entre el mercurio y el salvarsán en el período terciario no se inclina en favor de uno ú otra.

Dr. B. C. Corbus de Chicago termina diciendo que la reacción de Wasserman ofrece la más eficaz y mejor guía para el tratamiento antisifilitico.

Que pueden obtenerse resultados satisfactorios con el mercurio ó con el salvarsan usados separadamente, pero que se obtendrán con mayor rapidez y más permanentes con la combinación de ambas drogas y que el tratamiento debe continuarse vigorosamente durante la fase negativa si deseamos obtener resultados permanentes.

Por temor á hacer demasiado largas estas notas no transcribo la opinión de otros varios profesores que á dicha sesión concurrieran; pero por las anteriores conclusiones puede verse que el consenso de opiniones es muy parecido en todos ellos.

HERNIA POST-TRAUMATICA

POR EL DR. JORGE DEL TORO

No es mi intención el presentar el siguiente caso como una rareza, solamente lo presento por creerlo de interés, siendo uno de tantos en los que el cirujano se vé obligado á usar de medidas improvisadas.

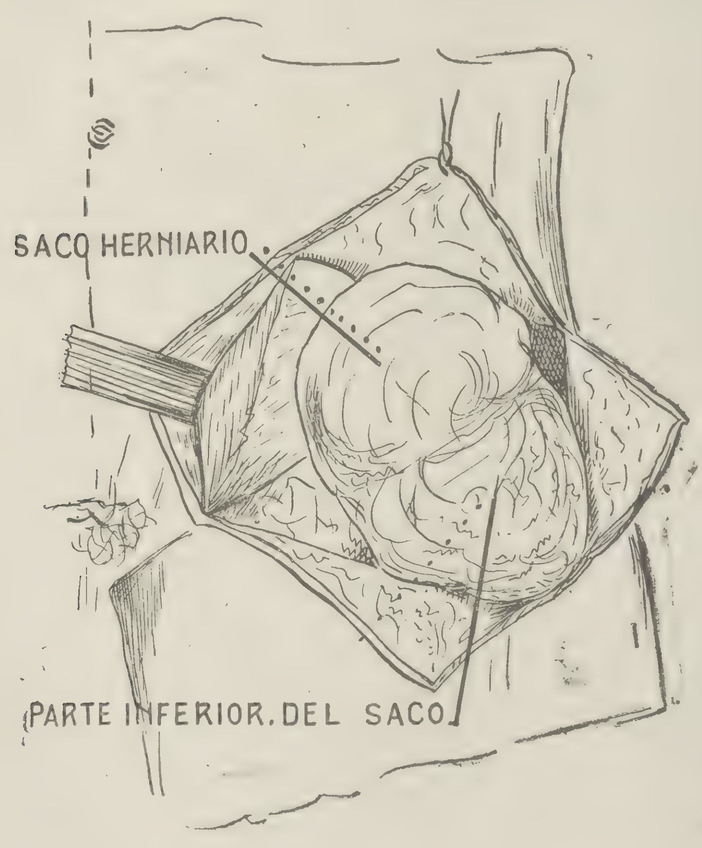


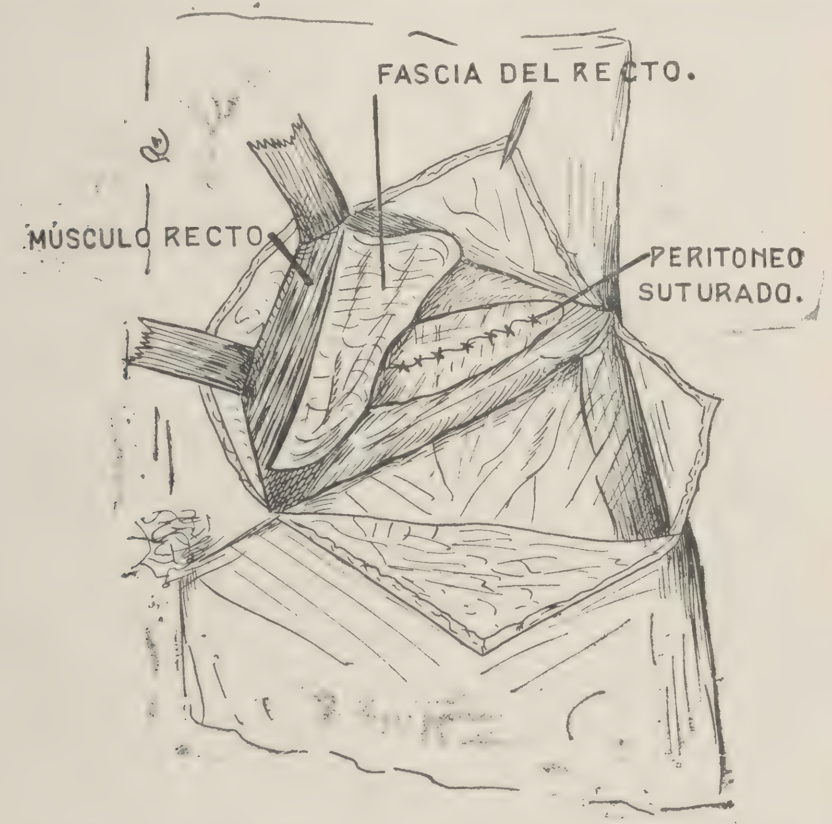
Fig. n.o 1.

D. L., color blanco, de 35 años de edad, constitución física débil; operada el día 6 de Marzo de 1911; anestesia por cloroformo; ayudante Dr. J. S. Belaval. La paciente recibió hace de cuatro á cinco años varias heridas por arma blanca, una de éstas penetró l abdomen en su parte anterior infeior del lado izquierdo. Dicha herida dice le produjo la eventración del intestino, y le fué suturada bajo circunstancias apremiantes, creyéndose entonces que la paciente no viviría.

La piel sanó, pero poco más tarde se le produjo una hernia ventral por el sitio de la herida. A su ingreso en el Hospital la hernia presentaba grandes porporciones, el abultamiento empezando muy por encima del pliegue inguinal y terminando en el muslo al nivel del trocanter mayor, es más largo que ancho, y su contenido no se reduce más que parcialmente.

Operación: practico una incisión

paralela con el pliegue inguinal, en este caso obliterado, que pasa por la parte superior de la hernia, la que atraviesa la piel, tejido celular subcutaneo y fascias superficial y profunda, cayendo directamente sobre el saco de la hernia; retrayendo los bordes de la incisión, me es posible disecar, no con poca dificultad, la parte superior del saco. Para disecar la



F. 2

parte inferior del saco, hago otra incisión hácia abajo y afuera, y la disección se hace casi totalmente con la tijera, dada la firme adherencia del saco á los tejidos superpuestos. (Fig. 1.) Reducido el contenido hasta donde era posible, abro el saco, y encuentro el intestino grueso cubierto en parte por omento; este último estando tan íntimamente adherido á la mitad inferior del saco, que se hizo necesario amputarlo por arriba de la adherencias, hecho lo cual la hernia quedó reducida. Resecando el exceso de peritoneo del saco, suturo este en el medio de una gran abertura que quedaba en la pared abdominal. (Fig. 2). En este estado de cosas, la apertura herniaria quedaba solamente tapada por una capa peritoneal; los músculos oblicuos y el transversal eran tan delicados que no sostenían la fuerza de las suturas, y la fascia del oblicuo externo era tan delgada que su resistencia era nula. ¿Como cubrir la abertura? suturando los músculos de su alrededor, al tirar de la sutura ésta traía hácia el centro al fascículo muscular, agarrado, pero abría otra nueva brecha allí donde se introducia la

aguja. Ante tal situación no había más remedio que usar una filigrana de alambre de plata, ó utilizar fascias cercanas. No teniendo la filigrana, hice huso del segundo procedimiento. Disequé un colgajo de la fascia del recto abdominal izquierdo, tomándola desde la linea media hasta cerca del ombligo, para la cual necesité de una incision hácia arriba y adentro, dejando la parte correspondiente del recto al descubierto. (Fig. 2). Antes de suturar este colgajo, apliqué unos puntos en los extremos de la abertura de los músculos. La fascia del recto, bien tirante, fué suturada en todos sus bordes con suturas interrumpidas de catgut cromizado nº 2. (Fig. 3). Pero aún con esto, la pared no quedaba lo suficientemente fuerte, y el extremo exterior y parte de la porción inferior quedaba sin embargo sin protección. Como remedio á esta deficiencia, hice la disección de un colgajo de las fascias lata y glutea del tamaño necesario, dejando su inserción á la cresta iliaca y parte externa del pliegue inguinal profundo. (Fig. 3). Este colgajo de la fascia, de indudable resistencia, lo vuelvo hácia arriba y adentro, lo suturo en la misma forma que el anterior sobre la pared y el extremo exterior de la fascia del recto, (Fig. 4), pudiendo de este modo dar una reisistencia fuerte á la pared abdominal y cubrir por completo la abertura de la hernia. Las incisiones de la piel fueron suturadas en todas sus partes, exepto en el extremo inferior de la incisión hácia abajo, donde dejé un drenage debido á la hemorragia persistente que producian las fibras del tensor de la fascia lata.

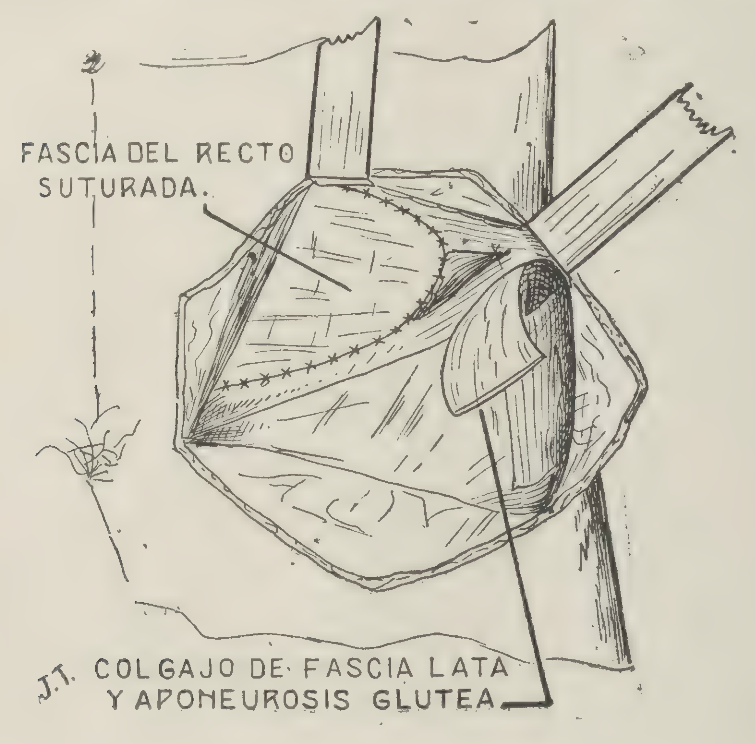


Fig. 3.

Tratamiento postoperatorio: se sigue la práctica rutinaria; la convale-

cencia se hace un poco larga, debido á una infección banal de la herida por el sitio donde se había drenado.

La paciente se encuenta hoy en perfecto estado de salud, sin ninguna de las molestias que le ocasionara su padecimiento.

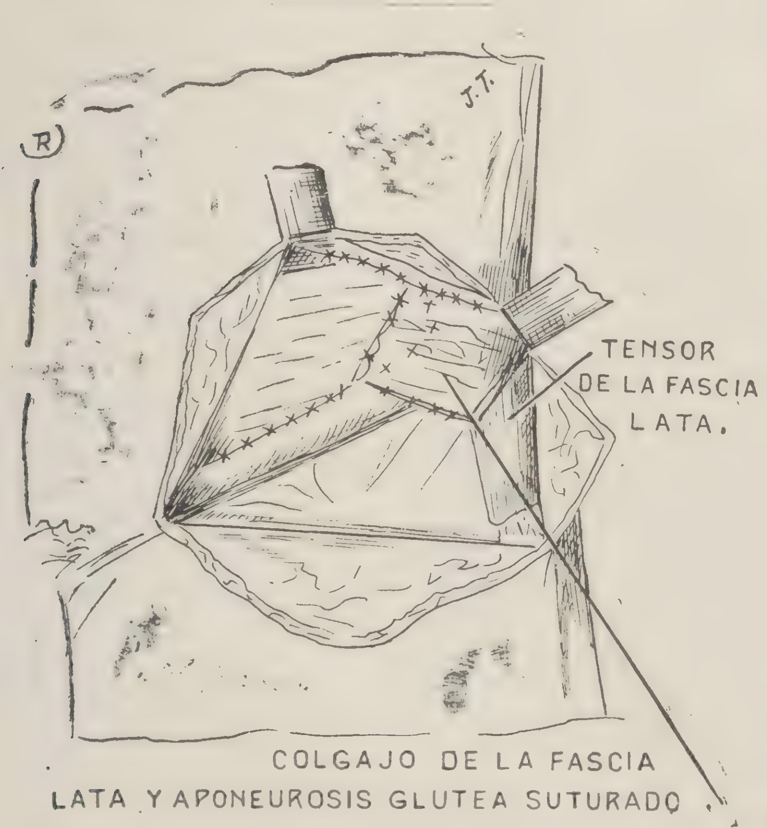


Fig. 4.

BOLETIN DE LA ASOCIACION
Médica de Puerto Rico

SUSCRIPCION . . . 3 Dollars por año.

Sábado 30 de Noviembre de 1912

EDITORIAL

La Junta Directiva de la ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO dando cumplimiento á prescripciones reglamentarias, acordó celebrar la asamblea anual de la Sociedad en el mes de Diciembre; y con el fín de que dicho acto resultara una manifestación cumplida de la vida médica de Puerto Rico y que fuera la expresión de iniciativas no directamente nacidas en la forma de la junta que ha venido rigiendo los destinos de la Sociedad durante un año, sinó de otras organizaciones mantenedoras del espíritu social, encomendó al Comité del distrito de San Juan la organización de dicha asamblea.

El trabajo de esa comisión no ha podido responder mejor á las necesidades actuales de la clase médica en Puerto Rico y á las mismas necesidades del país como entidad social relacionada con el ejercicio de la profesión médica.

El carácter que asumirá la próxima asamblea médica tiene excepcional importancia en los momentos actuales, y la asumirá mayor como base para futuras reuniones sociales.

Se han acordado varios temas que habrán de ser objeto de discusión y, acaso, de algunas resoluciones que señalen un nuevo camino que seguir para marcar la influencia que deba tener la Asociación Médica de Puerto Rico en la preparación y adopción de medidas generales á cargo de la legislatura del país, á cargo de las corporaciones municipales.

Entendemos que sin menoscabo de las altas iniciativas y responsabilidades de los cuerpos que oficialmente tienen á su cargo, como fin principal, velar por el bienestar del pueblo y adoptar todas las disposiciones que tiendan directamente á mantener la vida en buen grado de tonalidad, comodidad y durabilidad, no hay ninguna otra corporación de más amplia base y eficacia positiva en sus determinaciones, si ejercita debidamente el derecho moral de iniciativa que tiene, ésta Asociación que cuenta en su seno unidos por los vínculos de la fraternidad científica, del interés común y el mandato de la ciencia, á todos los médicos que viven en Puerto Rico, nacidos unos en el país y otros fuera de él comprometidos seriamente en laborar sin intermitencias por el bienestar general en su forma más amable, que es la salud.

No hay más que hechar una mirada rápida á los temas que se proponen á la consideración y estudio de los médicos puerto-

rriqueños para realizar la importancia suprema que ha de tener esta reunión, inicio acaso de otras muchas de la misma índole.

Son ocho los temas acordados y todos ellos entrañan interés de actualidad; todos ellos encarnan un pensamiento cuya base arranca de una necesidad social. Si debe ser unipersonal ó nó la dirección de los asuntos sanitarios en el país, es tema que habrá de dar lugar á la exposición de las ventajas que deban deducirse de que toda la maquinaria de la sanidad en este momento difícil de trabajo esté bajo el dominio de un solo hombre ó de que el pensamiento capital haya de realizarse por la opinión concurrente de varios hombres sin que ninguno de ellos tenga sobre los demás mayor autoridad, especial dominio.

Las ventajas y los inconvenientes de los dos sistemas habrán de aparecer claros en el curso de la discusión; y es indudable que la Junta habrá de pronunciarse en favor de uno cualquiera, el que en su opinión pueda dar mejores resultados en el país, teniendo en cuenta las condiciones del trabajo que requiere como ningún otro, ciertas energías lanzadas en una sola dirección para obtener los frutos rápidos que son necesarios en este momento inicial del empeño Sanitario.

El concepto que haya de merecer al juicio general de la asamblea la Beneficencia Pública, tal como se hace hoy en las municipalidades del país, es otro tema de interés, cuyo estudio, y resolución pueden redundar en beneficio de las clases pobres las que nosotros no dudamos en afirmar que no están debidamente cuidadas y protegidas. Es indudable que la organización imperante, es defectiva y en alto grado antieconómica. La lucha entre el sistema de asistencia médica domiciliaria en un país como el nuestro, tan diseminado en su población, con lugares habitados inaccesibles para el médico y el sistema de la hospitalización de los enfermos pobres, dará lugar indudablemente á la exposición de hechos que avaloren opiniones en favor ó en contra de uno ú otro sistema y el resultado habrá de ser indudablemente de trascendencia, como guia para las corporaciones municipales en asuntos que entrañan vital importancia.

La organización científica de un cuerpo de Oficiales de Sanidad para especializar sus conocimientos de acuerdo con los progresos de la higiene moderna, es tema que habrá de abordar la clase médica con cariño, porque ella abre nuevos horizontes al ejercicio de la profesión con grandes ventajas indudablemente para la economía del país, para su cultura y progreso.

No menos importante que el que se refiere á la creación de un Cuerpo de Médicos, preparados, de modo especial, para ha-

cer la inspección higiénica sistematizada de los niños en las escuelas. El médico higiénista es tan necesario en la escuela para el desarrollo físico de la raza como lo es el inspector que tiene como misión principal la de dirijir la educación de la mente por los caminos de más seguro éxito. La misión del médico higienista en la escuela es de altísima importancia, pues en esa edad temprana, para el médico experimentado y de conocimientos especialízados, es cuando se puede dirijir el desarrollo físico de modo más seguro para conseguir un pueblo vigoroso, cuya característica caiga dentro de la máxima de Juvenal que pide *mens sana in corpore sano*.

Los otros temas que hacen relación también á la vida de la sociedad puertorriqueña, son exquisítamente útiles y responden á una necesidad pública. La construcción de un Manicomio no necesita de grandes apremios para saber que es empresa á la cual no es posible que se vuelva la espalda; como no lo es tampooc el tema que se refiere á la organización de Médicos Forenses para que la justicia pueda tener el auxiliar poderoso de la ciencia en la determinación de sus juicios. El tema meramente científico de la Cirugía de los locos es recurso curativo nuevo, para nosotros al menos, y la asamblea con los datos que se aporten para su estudio, divulgará su conocimiento en beneficio de la ciencia.

Es verdaderamente doloroso que asuntos de urgencia como los expuestos, no hayan de ser examinados con la largueza de tiempo que ellos demandan. En una sesión breve como ha de serlo de modo necesario la asamblea, anual, cuyo trabajo ha de encuadrarse en un número corto de horas, es doloroso repetimos, que no puedan ser tratados con toda la extensión que merecen. En la asamblea habrá de darse tiempo á la discusión de la Constitución y Reglamento de la Sociedad; habrá de darse tiempo á la lectura y discusión de temas puramente científicos, que han de llamar la atención de todos y sacar á luz el mérito incuestionable de muchos hombres médicos, jóvenes los más, como es natural, también viejos los menos, pero que todos ellos son buena prueba de que la clase médica de Puerto Rico, es capaz de grandes empeños, es útil y es laboriosa. Habrá de darse tiempo, también, á los temas que ligeramente esbozamos en las lineas antecedentes.

Habrigamos, pues, la esperanza de que esta próxima reunión de la asamblea de médicos sea tan brillante como lo han sido por lo menos las que ha venido celebrando la colectividad desde los mismos instantes de su fundación.

VACUNAS BACILARES AUTOGENAS

(*Conclusión*)

Los casos que mencionamos en este trabajo no han sido escogidos. Presentámos los de todas clases, unos vistos en el hospital, en el dispensario, otros en la práctica privada. Es más; la mayor de las veces solo los casos muy graves son los que se ponen bajo este tratamiento en el hospital. Algunos de ellos aunque no apropiados para este tratamiento se trataron asi como en último recurso. Cuatro de los enfermos murieron antes de que se pudiera preparar vacuna para ellos dentro de veinte y cuatro horas, y esto demuestra que en algunos casos no tiene valor ningun tratamiento; otros murieron á los pocos días de asistencia y antes de que pudiera dar resultado el tratamiento. Si se escogieran los casos adecuados para el tratamiento los resultados serían mucho mejores. Además de estos casos el autor ha tratado como cien enfermos con vacuna "stock", con muy buenos resultados generalmente y los cuales no se incluyen en este informe.

En los casos que obtuvimos mejores resultados fueron en aquellos causados por el staphylococcus. Este tratamiento es casi especificado para las infecciones debidas al staphylococcus. En esta serie de casos, setenta y uno fueron debidas al staphylococcus solo; y de estos todos curaron rapidamente, exceptuando dos casos de septicemia, consecutiva á una osteomielitis haciendo la mortalidad, en estos casos. de 3 %. Por esto es que en el carbunco, en los furúnculos, etc., aun en casos diabéticos, se detiene tan facilmente, porque casi todos son debidos al staphylococcus solo. Por regla general los casos de celulitis y cualesquiera infecciones debidas solamente al staphylecoccus se detienen facilmente. Por eso es tan grato observar, cuando se está preparando una vacuna, que la infección es debida al staphylococcus solo, pues que casi siempre indica un pronóstico favorable, aun en los casos más graves.

Muchas infecciones, casos de celulitis, abcesos, etc., son debidas al staphylococcus asociado con algun otro organismo, que muy amenudo es un streptococcus. Esta es una infección más grave y por consiguiente más difícil de curar. De los casos presentes sesenta y uno fueron causados por una infección mixta de staphylococcus y streptococcus. Tres de ellos murieron, lo que dá un promedio de mortalidad de 5 %.

Los casos de streptococcus, solo, son mucho peores: de 46 casos, hubo 4 muertos: mortalidad 9 %. Infecciones por el coli bacilo solo, 36 casos, con 2 muertes: mortalidad 5½ %. Infecciones por el bacilus coli son, por lo regular, muy fáciles de curar con vacuna autógena, casi tan fáciles como las debidas al staphylococcus solo.

Se dice que el bacilo piociánico es de tan escasa virulencia que las vacunas de este organismo hacen muy poco ó ningun beneficio. Sin embargo, seis casos, en esta serie, debidos al bacilo piociánico respondieron muy bien á la vacuna autógena. Pero, como el número es tan corto no es posible formar una opinión. De foruneulosis, 15 casos. Todos fueron debidos al staphylococcus asociado aun streptococco, de muy larga duración, y que no respondía á ningun tratamiento. Los otros, curaron todos rapidamente con la vacuna autógena. No falló uno. Generalmente dos ó tres dosis son suficientes.

De carbunco hubo 13 casos, 3 de ellos, diabéticos. Todos fueron infecciones puras del staphylococcu, y los resultados obtenidos, en todos los casos, debian convencer al más escéptico del valor de este tratamiento. Uno de los carbuncos situado en la espalda del paciente, era tan grande como un platillo y tenía como una docena de aberturas. Otro, estaba situado detrás del cuello, en un diabético, con una celulitis purulenta que llegaba hasta las pestañas, y en el que todo el pericráneo era una masa purulenta. Pero, sin importar lo grave del caso, todos respondieron al tratamiento con prontitud.

Muy amenudo dicen los enfermos que experimentan gran alivio general algunas horas después de habérseles inyectado la primera dosis. Lo único que es necesario hacer después es una pequeña incisión para que salga el pus. No hay ninguna necesidad de hacer las enormes incisiones y excisiones que antes de ahora se empleaban.

De celulitis hubo 54 casos, en las manos, los brazos, las piernas etc. De estos fueron 23 debidos al staphylococcus, 10 al streptococcus solo, y las demás fueron infecciones mixtas. Algunos casos fueron muy graves, con temperaturas de 105 (40 5) grados. En ninguno se dejó de tener éxito. Los que respondieron

más facilmente fueron los debidos al staphyloccus aunque algunos de los resultados más brillantes se obtuvieron en casos de infecciones muy virulentas por el streptococcus, casos en que los enfermos estaban muy graves, con temperaturas muy altas, etc. Se hicieron incisiones en la mayoría de los casos; pero no tan extensas como es necesario hacerlas ordinariamente para evitar que se extienda la infección Es muy valioso; sin duda alguna, en estos casos el tratamiento, unido á una cirugía conservadora, pues ahorra tiempo, disminuye el peligro de las complicaciones, y evita que se tengan que hacer las grandes operaciones de antes, las cuales mutilaban tanto.

De abscesos en varias partes del cuerpo, hubo 23 casos; 5 debidos al staphylococus, 2 al streptococcus, 3 al coli y los otros á infecciones mixtas. Las mismas observaciones que se hicieron en los casos de celulitis, tuvieron lugar aquí. Exigieron operaciones menos extensas, cicatrizaron mucho más pronto, disminuyó el peligro de las complicaciones. En todos los casos los resultados no dejaron nada que desear. Algunos de ellos fueron de abscesos isquio-rectales y se presentaron en persona que se morian de tubereulosis. Aun en estos casos el tratamiento fué beneficioso, pues disminuyerón el dolor y el flujo, y el paciente pasó sus últimos días más tranquilo.

Por regla general se obtiene gran beneficio en el absceso isquio-rectal con este tratamiento.

De infecciones post-operatorias hubo 41 casos. Casi todos ellos fueron resuldo de la causa que motivó la operación y no resultado de la operación misma. Gangrena y perforación del apéndice, 20; piosalpingitis, 9; colecistitis ó calculos hepáticos, 3; hernias, 5; carcinoma ulcerado del pecho, 1; operación cesárea, en ambos casos con infección persistente á la operación, 2; nefrectomia, 1. Muchos de estos casos fueron de infección mixta; 10, por staphylocaccus; 9 por coli, y 2, por streptococcus; los demás fueron mixtos. Es esta una clase de casos en los cuales es muy marcado el beneficio que se deriva de la vacuna autogena, pues abrevia la convalescencia, disminuye el peligro de las complicaciones, y ayuda á la cicatrización. Todos estos casos fueron grandemente beneficiados. Ninguno murió, aunque algunos eran casos de peritonitis generalizada, y muy graves.

Peritonitis general, 10 casos; por streptococcus, 2 casos, de los cuales murió uno; por coli, 4 casos, con una muerte; los demás fueron casos mixtos de streptococcus, coli, etc. Todos eran casos gravísimos, con drenaje, que recibieron todo el tratamiento rutinario. La mortalidad tan baja, 20 %, fué un resultado notable y parece demostrar que la vacuna ayudo á la intervención operatoria.

Infecciones post-partum, 10 casos; por staphylococus, 1; por streptococcus, 3; las otras, mixtas de staphylococcus, streptococcus y coli. Todos fueron casos muy graves, algunos parecian que no daba esperanza alguna; pero todos curaron. Es esta una clase de casos en la cual se pueden obtener grandes beneficios con el uso de las vacunas autógenas; pero el tratamiento debe empezar muy temprano, antes que el paciente se esté muriendo por septicemia.

Septicemia post-abortiva, 10 casos; siete de estos fueron por streptococcus, solo, de los cuales murieron; dos las demás fueron infecciones mixtas. Dos tenían perforación del útero, habiéndose hecho en uno de los casos mucho daño á los intestinos; ambos casos curaron. De los casos de muerte, uno duró cuatro semanas, teminando por agotamiento y el otro por toxemia con temperatura subnormal. Aparentemente estos casos son peores que los de infecciones post-partum, siendo más comúnes los debidos al streptococcus, solo, pues de diez hubo siete casos y en la última solo hubo 3 fuera de diez.

De septicemia, con culturas positivas de sangre hubo 5 casos. Uno murió, el primer caso del autor, que era una infección por el staphylococcus, consecuencia de una osteomielitis de la tibia. Los otros tres se curaron: una por coli, una por staphylococcus y el otro por staphylococcus y streptodoccus. Aparentemente la vacuna hizo beneficio á los tres.

De endocarditis séptica hubo 2 casos. Ambos murieron, uno dos días después de comenzado el tratamiento. El tratamiento por la vacuna no vale de nada en estas infecciones, pues el cuerpo no está en condiciones de fabricar sus agentes protectores. El suero, si es posible, probablemente sería de mayor beneficio.

De erisipela hubo 12 casos. Uno, el de un niño, que murió por agotamiento; caso privado que el autor no vió, y que había sido tratado por algun tiempo con vacuna "stock". Los otros se curaron con asombrosa rápidez, la temperatura bajó á la normal y el proceso infeccioso se dominó con prontitud. Segun muchas autoridades, con el tratamiento se reduce la duración de la enfermedad á

la mitad, y esto, al parecer, no es una exageración. En algunos de los casos no fué posible conseguir vacuna autógena, y fueron tratados con vacuna de streptococcus polivalente con muy buenos resultados. El autor no ha visto un solo caso de los tratados de esta manera, que se haya extendido gradualmente ó en que la duración se haya prolongado. El bienestar que sienten los enfermos veinte y cuatro horas después de comenzado el tratamiento es bastante, aunque no curara la enfermedad, lo que, sin duda alguna, determina.

La pulmonía es una infección general con manifestación local en el pulmon, pues el pneumococcus se puede hallar en la sangre en más del setenta por ciento de los casos. La mortalidad general, no importa la clase de tratamiento, es aún muy alta, del 20 al 25 % (de 465,400 casos recogidos por Wells la mortalidad fué 20 4 %). Como hay evidencia casi absoluta de que la immunidad contra la pulmonía es fagocitaria, nos parece que el tratamiento por la vacuna ha de ser bueno especialmente; pero, es esencial que se aplique temprano. El tiempo es un factor principal y en los casos mejores es siempre corto. No hay duda alguna de que este tratamiento es aplicable en la pulmonía y con gran beneficio en gran número de casos.

En esta serie, cuarenta y siete de los casos fueron de pulmonía y hubo siete muertes; que dá una mortalidad de siete por ciento. Pero este hecho no dá una idea justa del valor del tratamiento pues en muchos de los casos fué usado como último recurso. Varios enfermos murieron de delirium tremens, de toxemia, etc , de 24 á 72 horas después que se instituyó el tratamiento, y algunos murieron antes que se pudiese preparar vacuna alguna. En casos buenos, si el tratamiento se empieza temprano, es grandemente satisfactorio ver cómo disminuye la toxemia, cómo desaparece el delirio, que la duración de la enfermedad se acorta y la convalescencia es más rápida. En un instituto de Staten Island dedicado á hombres ancianos (Sailors Snug Harbonr) donde el autor podía ver todos los casos de pulmonía, no hubo una muerte debida á dicha enfermedad en un año entero, entre mil enfermos. En los últimos veinte casos de pulmonía de la práctica privada del autor. tratados con vacuna, solo hubo una muerte, ó sea una mortalidad de cinco por ciento. Una vacuna "stock" puede ser inyectada en tanto se puede preparar la vacuna autógena. Algunos de los casos se mejoran con tanta rapidez que dá lugar á creer en un error de diagnóstico.

Este tratamiento se usó como en una docena de casos de fuertes corizas, bronquitis agudas etc,, siendo el que esto escribe uno de los casos. Estos fueron debidos á una infección mixta, donde predominó el micrococcus catarrhalis aunque abundaba en algunos casos el streptococcus. Los resultados fueron muy satisfactorios, pues cedió enseguida el catarro, cesó el malestar, la fiebre, cuando la hubo, y se dominó la infección con economía de tiempo y de molestias.

De empiema 5 casos; pneumococcus, 2; coli bacilo, 1; staphylococcus y streptococcus, mixta, 2. Uno murió por agotamiento; uno se está tratando aún, pero vá bien; los otros mejoraron. Los empiemas recientes obtienen, sin duda alguna, gran beneficio de este tratamiento, pero los crónicos, los de larga duración, con retracción del pulmon etc., no obtienen otro beneficio que el de disminuir el flujo y la toxemia

De osteomielitis, 5 casos; dos mueren de septicemia, dos están aún en tratamiento. En estos casos no se puede esperar mucho del tratamiento, pues por lo regular hay necrosis osea que actua como cuerpo extraño y la absorción séptica es demasiado rápida. En fracturas compuestas infectadas, sin embargo, el tratamiento es de gran beneficio para evitar que la infección se extienda como se demostró en cuatro casos de esta serie.

De otitis media, casos agudos, 17; crónicos, 6: staphylococcus, 5; streptococcus, 2: otras infecciones mixtas de staphylococcus, streptococcus, pneumococcus etc. Muchos de estos casos se han perdido de vista después que salieron del hospital: asi es que no sabemos lo que sucedió más tarde. En los casos agudos el tratamiento pareció ser beneficioso excepto en uno que empeoró aunque se hicieron los mayores esfuerzos y hubo que practicar una extensa operación para dominarlo.

Por regla general con el tratamiento se disminuye pronto el flujo, como también la fiebre, se acorta la duración de la enfermedad y no es tan grande el peligro de las complicaciones. En casos crónicos casi siempre hay huesos necrosados y el tratamiento no puede hacer más que disminuir el flujo y, quizá, prevenir que se extienda la infección á otras partes, aunque recientemente ha obtenido el autor brillantes resultados conteniendo flujos antiguos de cuatro y once años de duración. El tratamiento

hace, sin duda alguna, que se sienta mejor el enfermo y que su estado general sea más satisfactorio. Algunos autores dicen que aún en casos crónicos, si continua por bastante tiempo, auxilia á la naturaleza á que se libre del hueso necrosado y cure la enfermedad, produciendo mejores resultados que si se acudiera á una intervención quirúrgica, pues la audición se perturbaría menos. Está fuera de duda que el tratamiento vale la pena de ser adoptado en casos de otitis media. Teóricamente estos casos debian ser perfectamente propios para este tratamiento. Una paracentesis y el tratamiento por vacuna, empleado temprano evitarían muchas mastoiditis.

De mastoiditis, 3 casos; el tratamiento se llevó á cabo después de la operación radical. Uno murió seis semanas después por agotamiento (un niño); los otros dos se pusieron bien; uno de ellos, por lo menos, parecia hacer obtenido grandes beneficios del tratamiento.

De pielitis, 16 casos; todos eran infecciones por el bacilus coli. Estas son afecciones difíciles de curar con cualquier tratamiento. Una vacuna autógena puede dominar la infección de la membrana mucosa, disminuir el pus de la orina, librar al paciente de su toxemia y darle una cura subjetiva; pero es muy difícil conseguir destruir las bacterias en la orina pues están fuera del alcance de los fagocitos. Estas solo se pueden eliminar usando antisépticos urinarios por un largo período de tiempo. Estos casos son generalmente difíciles de seguir; pero, por lo que sabemos, todos obtuvieron un gran beneficio, se curaron ó están aun bajo tratamiento. Las mismas observaciones se aplican á los casos de cistitis; el tratamiento es muy beneficioso para el paciente, pero es casi imposible conseguir eliminar las bacterias de la orina con este método solo.

El procedimiento se llevó á cabo en tres casos de asma. Uno, muy malo de asma espasmódica, no obtuvo ningun beneficio; otro, se nos dice que está curado, pero aún no se puede formar juicio; el otro está aun bajo tratamiento y casi curado segun los últimos datos adquiridos.

El autor no pretende determinar la confianza de que el tratamiento por la vacuna sea un cúralo todo. Naturalmente, tiene sus límites. Pero aun cuando no sea beneficioso, porque el caso no sea apropiado para el tratamiento ó porque el enfermo no tenga bastante vitalidad para reaccionar, aun asi, si se aplica con prudencia, no hay que temer que haga daño alguno. El autor ha empleado más de mil dosis de vacuna autógena y no recuerda un solo caso en que se haya tenido que lamentar el menor perjuicio. No hubo ningun caso de hipersusceptibilidad ó anafilaxia, y ninguna evidencia de que hubiera efectos malos debidos á la llamada fase negativa. El tratamiento no puede ocupar el lugar de la cirugía; pero en muchos casos seria un buen auxiliar de los procedimientos quirúrgicos. No supone un obstáculo para los métodos de tratamiento ya establecidos, pues estos pueden seguirse al mismo tiempo, si se considerase necesario. Representa y es solamente un poderoso auxiliar de nuestros recursos para el tratamiento de las infecciones bacilares.

LA MOSCA DOMESTICA

La mosca doméstica comunmente pone sus huevos en el estiercol del caballo; esta sustancia parece ser el alimento favorito de las larvas. También los pone en el estiercol de las vacas, pero nosotros no hemos podido encontrar esta sustancia. También se alimenta en el excremento humano y ésta costumbre resulta sumamente peligrosa para la salud de la especie humana, porque lleva el gérmen de las enfermedades intestinales desde las excretas hasta el alimento. También pone sus huevos sobre las sustancias vegetales en desecación y en las animales; pero las moscas que infestan las habitaciones, lo mismo en la ciudad que en el campo, y en una vastísima proporción, viven del estiercol del caballo.

Sucede muy amenudo, sin embargo, que esta mosca es mu

abundante en localidades en que no hay estiercol de caballo ó hay poco de él; y, en tales casos se encuentra que se alimenta de otra clase de estiercol ó en sustancias vegetales en fermentación, tales como la avena.

En Salen, Mass., dice Packard que comprueba la vida de una generación entera en catorce días en estiercol de caballo. La duración del estado en el huevo fué de 24 horas; la de la larva de 5 á 7 días y la del insecto de 5 á 7 días.

El escritor halló en Washington, en Verano, que cada hembra deposita de una vez 120 huevos, los cuales calienta en ocho días; el período de larva es de cinco días y otros cinco como insecto, dando un total de diez días para el desarrollo de la generación; esto sucedió á fines de Junio.

El período de desarrollo varía con el clima y con la estación y el insecto inverniza en forma de crisálida en el estiercol, ó en la superficie del terreno bajo los montones de estiercol. También lo hace en las casas como adulto, escondiéndose en las grietas.

Los períodos del desarrollo son los siguientes:

Huevo: desde la deposición hasta que se calienta, en la tercera parte de un día.

Calentamiento de la larva hasta la primera preservación, un día. Desde la primera á la segunda, un día. Desde la segunda hasta el gusano, cinco días. Total de la vida, diez días aproximadamente.

Para fijar el numero de larvas de la mosca casera en las pilas de estiercol, se toma una porción de estiercol bien infestado y se compilan en él 160 larvas y 146 moscas; ésto hace cerca de 1200 moscas caseras por cada libra de estiercol.

En los campamentos de los ejércitos, en los campos mineros y en las grandes obras públicas, en las cuales se reune gran número de hombres por un tiempo más largo ó más corto, hay generalmente muy poco cuidado con las excretas y la trasmisión de los gérmenes de la fiebre tifoidea es conducida desde las excretas á los alimentos por medio de las moscas. Una vigilancia conveniente y un tratamiento cuidadoso de estos lugares de alimento para las moscas, se considera como uno de los elementos más importantes para la prevención de la fiebre tifoidea. Del mismo modo los gérmenes de las enfermedades intestinales son conducidas por medio de las moscas. El cólera asiático, la disentería, la diarrea coleriforme, son así comunicadas.

Hay evidencias circunstanciales de que la tuberculosis pulmonar, el antrax, tétano, oftalmia y la viruela, pueden y son trasmitidas por ese medio.

La colocación de pantallas en las ventanas y en las puertas durante los meses de verano, con el uso suplementario de papeles de moscas, es una medida preventiva contra la mosca casera que todo el mundo conoce y parece haber poca esperanza en el futuro de que se encuentre remedio eficáz para acabar con los lugares de cria.

Un solo establo en que se cuide un caballo puede suministrar moscas bastantes para una vecindad extensa.

Los pueblos que viven en comunidades, nunca probablemente, se verán libres de la peste; pero las ciudades en donde hay medios más perfectos para disponer de las basuras y con menor número de caballos y de cuadras por haber existencia de tranvias eléctricos en las calles, puede ser que llegue el tiempo, y no muy tarde, en que las pan-

tallas de las ventanas puedan dejarse á un lado.

La pronta separación del estiercol del caballo, que pueda ser guardado en un receptáculo especialmente preparado para ello, disminuye grandemente el estorbo de las moscas y por ello, he de recomendar que se adopten ordenanzas obligando á los dueños de caballos á seguir estas reglas.

Una limpieza absoluta dará siempre por resultado una disminución en el número de moscas caseras, y desde luego la mayor parte de los insectos encuentran menos atractivo en las casas, en las cuales son conocidos como antiguos camaradas.

No solamente deben cuidarse los establos, sinó también los gallineros, los corrales de cerdos y receptáculos de basuras; así como hay que tener en cuenta que las letrinas exigen como primera necesidad una absoluta limpieza.

Durante el verano de 1897 se llevó á cabo una serie de experimentos con la intención de demostrar si era ó nó posible tratar las pilas de estiercol de tal modo que pudiera conseguirse impedir la crianza de moscas,

La experiencia del autor de estas notas con el uso de la cal apagada y de diferentes compuestos en el estiercol de vaca para impedir la cría de mosquitos, resultó impracticable. Pocas ó ninguna larvas se mataron con una mezcla completa de estiercol y cualquiera de esas otras sustancias.

El cloruro de cal, sin embargo, es un excelente destructor del gusano. Mezclando una libra de cloruro de cal con ocho carretillas de estiercol de caballo, se mataron más del 90% de gusanos en 24 horas. Al tipo de un galón de cloruro de cal por ocho carretillas de estiercol, se encontró que la sustancia no era suficientemente fuerte. El cloruro de cal, aunque barato en Europa, cuesta por lo menos á 3 ½ ct. libra por mayor; de modo que el tratamiento de una gran pila de estiercol con esta sustancia, es admirable en la práctica corriente.

Se han hecho experimentos con kerosina. Se ha visto que ocho carretillas de estiercol de caballo regadas con una libra de kerosina ó gas, que más adelante se lavaron con agua, se libraron completamende larvas vivientes.

Trabajos practicados en el verano demostraron que los experimentos hechos en pequeña escala fallaron al desarrollarlos, de modo que se viciaron los resultados.

Las cuadras del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, en la cual se cuidan doce caballos estaban situadas á cien yardas del edificio N. y cerca de 90 yardas del edificio en que está situado el Bureau de Estado.

Esta cuadra se mantiene siempre completamente limpia; el estiercol se barría cuidadosamente todas las mañanas, se sacaba de la cuadra y se depositaba en una pila detrás del edificio, Esta pila después de dos semanas se sacaba por los jardineros y se regaba en distintas partes del terreno. En todos tiempos, en verano, aparece este estiercol con enjambre de moscas caseras.

No hay peligro en decir que un promedio de muchos miles de moscas caseras salen de estos montones de estiercol todos los días. Los empleados de los dos edificios mencionados, sostienen que procede de este origen.

La base de los experimentos en 1897 se hizo con el fin de impedir la crianza de moscas caseras cerca del Departamento, tratando el estiercol con kerosina y dichos ex-

perimentos se llevaron á cabo en Abril de 1898.

Aunque indudablemente dismiyeron las moscas en el curso del trabajo hubo de comprobarse al fin del mes de Mayo que está muy lejos de ser perfecto, porque aún usando la kerosina á un tipo común no pudo conseguirse que actuara bastante en el montón de estiercol, auque se lavara copiosamente con agua.

Una proporción considerable de larvas de moscas caseras escaparon con vida de este tratamiento. Se practicó sin embargo otra medida que fué sugerida por el autor de este artículo. Dicho recurso fué la preparación de un receptáculo especial para el estiercol y ello se puso en práctica inmediatamente.

En la esquina del edificio, en la parte más próxima á las pilas de estiercol se construyó una caja cerrada de 6 x 8 pies. Tiene una ventana abierta á la cuadra, así como otra en el muro exterior; se le abrió una puerta y se dió órden al cuadrero de que no sacara más estiercol fuera del edificio. En una palabra, se abolió la costumbre de hacer un montón de estiercol en las afueras de la cuadra y se dispuso que todo el estiercol que se recogía todas las mañanas se colocara eu la caja cerrada, la cual tenía una ventana provista de una mampara de alambre.

De aquel tiempo en adelante el estiercol se ha venido guardando en la caja y una pequeña palada de cloduro de cal se derrama encima. Al expirar las dos semanas, ó diez días, los jardineros abren la puerta, echan el estiercol en un carro y lo llevan afuera para esparcirlo sobre el terreno.

Con este procedimiento pudo comprobarse que el número de moscas que se alimentaba en el establo fué muy corto en comparación con los muchos miles que antiguamente se criaban allí todos los días.

Después que se puso en práctica esta medida durante dos semanas, los empleados del Departameto que no estaban enterados del trabajo que se estaba haciendo, hubieron de contestar á la pregunta de si tenían ó no noticias del aumento del número de moscas de sus respectivas oficinas, ésta pregunta se hizo á todos los empleados de las oficinas situadas en el primer piso de los dos edificios, y todos, con excepción de uno, contestaron que una disminución notable se había abvertido, tan grrnde que la obra podía considerarse como de completo éxito.

Hemos dado cuenta bastante detallada de este trabajo, porque ha venido ha demostrar de manera plena que el cuidado y la limpieza combinados con un procedimiento parecido al que se acaba de describir, puede afectar al daño de las moscas.

En los edificios vecinos á cualquier establo y con el esfuerzo combinado de las personas que posean cuadras en una comunidad dada, indudablemente que pueden obtenerse resultados muchos más efectivos.

Al considerar estas medidas no nos hemos ocupado de los remedios para impedir la crianza de moscas en el excremento humano.

La causa del peligro de la trasmisión de la fiebre tifoidea, es arrojar excremento humano en algunos sitios de las ciudades, ya en solares vacantes ó en callejones obscuros; deberá considerarse como *measdemeanor* y el mismo cuidado deberá tomarse por las autoridades sanitarias dn dichos lugares que el que se toma para quitar de en medio los animales muertos.

La letrina caja es siempre un da-

ño público bajo muchos puntos de vista y constituye indudablemente un peligro como criadero de moscas que puede traer gérmenes de enfermedades intestinales.

No deberán permitirse letrinas cajas, á menos que se mantengan bajo los principios de la kerosina. Con una bóveda ú otro receptáculo cerrado por todas partes, menos por arriba y con el uso de kerosina y agua, la crianza de moscas puede ser impedida.

Un diario de París estableció durante el invierno de 1905 un premio de diez mil francos para el mejor proyecto para la destrucción de las moscas caseras. El jurado compuesto por hombres de ciencia concedió el premio al autor de una memoria en la que se proponía el uso de aceite-resíduo para la destrucción de los huevos y de las larvas de las moscas. Este aceite se usa en las letrinas y en los pozos negros, dos litros por metro superficial del pozo, se mezcla con agua, se mueve con una varilla de madera y después se arroja dentro del receptáculo, para formar una capa de aceite que mate todas las larvas é impida la entrada de moscas dentro del pozo y al mismo tiempo evite la incubación de los huevos; produce ésto una cubierta protectora para el excremento y se dice que así se apresura el desarrollo de la bacteria anaeróbica exactamente como en un tanque séptico, llevando de este modo á la liquefacción de las sustancias sólidas ó haciéndolas mucho más impropias para el desarrollo de otras bacterias.

Como para el estiercol se recomienda la mezcla del resíduo de aceite con tierra, cal y fosfato y estiercol en diferente tiempo de la primavera con preferencia en el estiercol de los establos.

El Profesor C. S. de la Universidad de Clast, Mass, ha inventado ciertas trampas de moscas que coloca en los zafacones y en las ventanas de las cuadras y en todos los lugares propios para la crianza de moscas. Estas trampas de moscas existen en el mercado y es innecesario y no hay para qué especificar ninguna clase mejor. Muchas de ellas son perfectamente buenas.

*
* *

La mosca casera tiene un sin número de enemigos. El ciempiés común la destruye en número considerable. Hay un ratón rojo, pequeño, que la cubre el cuerpo y la destruye gradualmente; está sujeta á ataques de parásitos hipmenópteros en el estado de larva y es destruida por las avispas al mismo tiempo. El enemigo más temible sin embargo, es la enfermedad fungosa conocida por *Empusa muscoe* la cual aleja á las moscas en gran número al término de la estación.

LO QUE FUEDEN HACER LAS CIUDADES Y PUEBLOS

Resulta de lo que sabemos acerca de la historia de la mosca común y de las experiencias que han sido ya hechas, que es perfectamente factible reducir el número de estos insectos *molestos y peligrosos para la salud*; y es bien fácil á las autoridades sanitarias de cualquier ciudad, formular reglas referentes á la construcción y al cuidado de los establos y á la disposición declausura del estiercol, reglas que si se ponen en vigor, acabarán bien pronto con el daño presentado con la mosca casera.

Una serie de reglas se formularon en la primavera de 1906 por el Departamento de Sanidad de la ciudad de Ashwille, Carolina del Norte y en la actualidad se está haciendo un esfuerzo en este verano

para hacer que se ponga en vigor.

En Mayo de 1906 el Departamento de Sanidad del Distrito de Columbia adoptó una serie de ordenanzas de esta misma naturaleza bajo las autoridades de los comisionados del Distrito y estas ordenanzas que pueden servir como modelo para otras comunidades que deseen adoptar reglas parecidas, pueden conducirse del modo siguiente:

Todas las personas que ocupen un edificio con animales domésticos, mantendrán una caja ó pozo para la conservación del estiercol y mientras se remueva del edificio se colocará en dicho pozo ó caja.

Esta caja ó receptáculo se construirá de modo que no pueda entrar en ella el agua de lluvia y en todos respectos se hará á prueba de agua con excepción del caso en que se conecte con la alcantarilla.

Se proveerá de una cubierta conveniente y se construirá de modo que impida la entrada y salida de moscas.

Ninguna persona dueña de establo guardará ninguna clase de estiercol en ninguna parte de la finca, como no sea en la caja ó pozo antes descrita, ni se permitirá que dicha caja ó pozo se llene demasiado ó se descubra innecesariamente.

El estiercol de los caballos debe guardarse en barricas bien tapadas con el fin de que sirva para trasportarlo.

Todas las personas que conserven estiercol en cualquier parte de las más densamente pobladas en el distrito, dispondrán que se saque de la finca por lo menos dos veces todas las semanas.

Ninguna persona moverá ó trasportará ningún estiercol por ningun camino público ni ninguna de las partes pobladas más densamente en el distrito, exepto en vehículos perfectamente cerrados; esto puede conseguirse por medio de toldos, de modo que impidan que el estiercol pueda derramarse.

Ninguna persona depositará estiercol procedente de las cajas en partes pobladas, sin permiso del Oficial de Sanidad.

Cualquier persona que violare cualquiera de las prohibiciones se le castigará, una vez convicta, con una multa no menor de $ 40.00 por cada violación.

El insecto que llamamos mosca casera, se denominará en el futuro, "Mosca de la fiebre tifoidea", llamando así la atención al peligro de permitir que continue sin que se la destruya.

(Revue dé Sciences).

NOTAS MEDICAS DEL DIA

La tintura de iodo como antiseptico del campo operatorio.—La preparación antiseptica de la región operatoria por la tintura de iodo, se ha generalizado de talmodo que cualquier indicación tendente á mejorar el método, ha de ser de interéspara la profesión.

Uno de los argumentos en contra de esta práctica, es la irritación producida que aún cuando benigna ordinariamente, ha sido muy intensa algunas veces.

Para evitarla, el profesor Sabbatini de la Universidad de Padua aconseja aplicar á la región pintada con iodo una solución de hyposulfito de sodio al 5%, de la manera siguiente: después de haberse aplicado la tintura de iodo, cúbrase la superficie con una capa de algodón absorbente y á los 5 minutos se empapa el algodón con la indicada solución calentada á 140º Fahrenheit. El iodo es transformado por el hyposulfito de sodio en ioduro de sodio dando lugar á una solución fisio-

lógica de ioduro de sodio que no es irritante á la piel, heridas ú otros tejidos.

Traducido del "Critic & Guide".

Tratamiento de la Hemoptisis.—Aunque existen muchas opiniones en cuanto á las causas de la hemoptisis, hay uniformidad en cuanto á los métodos empleados en el tratamiento de esta condición, apesar del uso de drogas aparentemente antagónicas en su acción,

La primera indicación consiste en reducir la presión sanguínea que en opinión de muchos autores constituye el tratamiento más racional y de más éxito.

Como á la hemoptisis precede algunas veces una sensación de opresión en el pecho ó se presenta con esputos teñidos de sangre puede ser muy posible prevenirla con una quietud adsoluta y administrando los nitritos con objeto de disminuir la presión vascular.

Cualquiera de las siguientes formulas pueden usarse:

Solución de nitro glicerina al centésimo........ 15 gotas.
Agua destilada.... 60 gramos.
Una cucharadita cada 4 horas.

Nitrito de sodio.... 15 gramos.
Agua destilada.... 60 id.
Una cucharadita cada 4 horas.

Generalmente sin embargo, no se presenta ningún síntoma que indique al paciente que vá á tener hemoptisis y se llama al Médico quien en presencia de esta hemorragia tiene tres indicaciones que llenar:

1.º Hacer que el enfermo tenga un descanso físico absoluto.

2.º Apaciguar al paciente de los temores que experimenta, y,

3.º Rebajar la presión sanguínea, consiguiendo de esta manera favorecer la formación de un coagulo que es el método de que se vale la naturaleza para detener las hemorragias.

Lo primero que tenemos que hacer, pues, es poner en cama al enfermo, evitando todos los movimientos que no sean absolutamente necesarios de su parte; no debe permitírsele se levante para atender á las propias necesidades, ni se le debe permiitr que hable. Debe asumir una posición cómoda y se le debe asegurar en pocas palabras que no hay motivo alguno de aprensión. La mejor práctica es romper una ampolla de nitrito de amilo, haciendo que el enfermo inhale su contenido, pués éste es el medio más rápido y efectivo que poseemos para asegurar la vaso dilatación, ya que la acción del nitrito de amilo, principia en los primeros 15 segundos y dura alrededor de 10 minutos. Como resultado de la vasó-dilatación producida por esta droga y ayudada muchas veces por la tranquilidad del enfermo que sigue á la llegada del médico, la hemoptisis generalmente termina en pocos minutos. Tanto si esto ocurre, ó no debemos inyectar al enfermo medio miligramo de atropina por la vía hipodérmica y esa dosis debe repetirse 2 ó 3 veces dentro de las 24 horas siguientes. Aunque se considera esta droga como un estimulante del corazón, actua eficiéntemente en casos de hemoptisis, pues siendo una característica de la acción de la atropina el aumento de sangre en los vasos de la piel, disminuye la congestión de los órganos profundos con la consiguiente dismicución de la presión intra-pulmonar.

En lugar de atropina prefieren muchos el uso de nitro-glicerina ó trinitrina, que puede administrarse por la vía hipodérmica á la dosis de medio milígramo repetida á cortos intérvalos; al principio, cada media hora ó cada hora por 3 ó 4 dosis y después con menos frecuencia. Después que se ha obtenido la vaso-di-

latación puede asegurarse un efecto más permanente usando el nitrito de sodio, 1 gramo cada 3 ó 4 horas.

Y si la hemoptisis viene acompañada de tos muy molesta, puede recurrirse al uso de la morfina; pero el campo de mayor utilidad de esta droga es en aquellos casos donde existe una irritabilidad nerviosa excesiva.

Es costumbre, también, al principio de la hemoptisis colocar un saco de hielo sobre la región del corazón con el fin de aquietar la acción de éste órgano. Me ocuparé después de esto, cuando hable del uso de la digital.

No hay una dieta específica para los enfermos de hemoptisis; pero la cantidad de alimento dada debe ser pequeña y de caracter líquido. (Leche en pequeñas cantidades y clara de huevo son muy convenientes.) Debe restringirse la dieta durante las primeras 24 horas.

Aunque una derivación á través de los intestinos por medio de un purgante ha sido aconsejada y teóricamente está indicada, es mejor esperar 24 horas antes de pretender que los intestinos se muevan debido al ejercicio que esta acción impone al enfermo.

El exámen del pecho tampoco debe ser llevado á cabo, ó debe limitarse solamente á la auscultación, pero bajo ninguna circunstantancia debe percutirse.

En cuanto al tiempo que debe permanecer en cama el enfermo que ha tenido una hemoptisis hay considerables diferencias de opinión; lo más seguro es hacer que no abandone la cama hasta 48 horas después de haber cesado la espectoración de coágulos post hemorrágicos.

Tal es en resumen el tratamiento rutinario de la hemoptisis, pero no estaría este trabajo completo, si no dijéramos algo de otras drogas; por ejemplo, la sal común, en dosis de una cucharadita disuelta en agua, ha sido empleada debido á la irritación del vago con constricción refleja de los vasos pulmonares que se supone produce; esta acción sin embargo es hipotética.

Disolver pedacitos de hielo en la boca se considera solamente como un hemostático físico.

El cloroformo ha sido recomendado porque rebaja la acción del corazón, reduce la presión sanguínea y disminuye el movimiento respiratorio. Se ponen 2 ó 4 c. c. en algodón que se sostiene cerca de la nariz del enfermo y se continua la inhalación de algunas gotas á intérvalos de una hora durante varios días.

El uso de los eméticos ha sido abandonado y la ergotina que se consideró la droga por excelencia ha sido suplantada por los vaso-dilatadores.

Un valioso procedimiento que debe tenerse en la mente es el de atar las extremidades por medio de vendajes aplicados en la parte media de los brazos y los muslos; esta constrición que debe ser bastante grande para evitar el retorno venoso sin obstruir la corriente arterial, debe removerse después de haber sido aplicada por 10 ó 15 minutos.

Es evidente que las drogas y procedimientos que se han descrito dependen de un principio común: la reducción de la presión sanguínea. Recientemente se ha intentado facilitar la formación de un coágulo por otros medios y se han empleado drogas que se supone aumentan el poder coagulante de la sangre; entre estas principalmente la gelatina y las sales de calcio.

Más difícil de explicar es el uso de la adrenalina y su acción en casos de hemoptisis. Siendo un vaso

constríctor se pesaría que no produciendo el verdadero fin que generalmente se busca, esto es, la reducción de la presión sanguínea, ejercería solamente una influencia muy pasagera y sin embargo esta droga es uno de los agentes más seguros que tenemos á nuestra disposición para detener una hemorragia. Coleman recomienda 5 gotas de cloruro de adrenalina ó 3 gramos de estracto suprarrenal cada 3 ó 4 horas.

Otra droga cuyo modo de acción no parece perfectamente comprendida es la digital.

En un tiempo se tuvo esta droga en gran estima como hemostática; pero hoy se usa raras veces. Esto es más notable cuando comparamos sus efectos con los del saco de hielo sobre la región precordial que hoy se usa en todas partes. Al discutir los efectos de este último, Hirshfelder dice: "Simultaneamente la presión de la sangre se levanta y el pulso aumenta en volumen. Suceden evidentemente dos cosas: una vaso constricción refleja por estimulación del centro vaso-motor y una estimulación refleja del vago"; además de esto Dasilva piensa que hay también una estimulación directa del músculo del corazón. Se notará que estos efectos son exactamente los producidos por la digital y de aquí que entusiastas del saco de hielo hablan de él llamándodo "la digital fisiológica".

Seguramente la digital por su tendencia á irritar el estómago ha sido suplantado por el saco de hielo y á esto se le debe su poco uso en la actualidad.

De lo que hemos dicho se desprende que apesar de indicarse en el tratamiento de la hemoptisis drogas antagónicas en su acción, las cuales están clasificadas como estimulantes, depresoras, dilatadoras y constrictoras, no podemos echar á un lado la evidencia clínica de que todas ellas han resultado útiles, y quizás si con un conocimento más completo de la acción de las mismas y un estudio más profundo de la causa y de la patología de la hemoptisis, pudiéramos encontrar que este antagonismo es más aparente que real.

(Del "Medical Recod")

SECCION INFORMATIVA

A LA JUNTA DE MEDICOS EXAMINADORES DE PUERTO RICO

En una reunión que celebrada por el Board de Regentes del Estado de New York, se acordó rescindir el registro de las Instituciones que más abajo se expresan, no permitiéndose por tanto que se presenten á exámen para reválida de sus títulos á los alumnos que hayan cursado sus estudios en dichos colegios.

Llamamos la atención de nuestro Board de Médicos Examinadores para que se enteren de los motivos que han obligado al Board de New York á tomar esta determinación.

Oakland College of Medicine and Surgery, Oakland, Cal.
Medical Department, Howard University, Washington, D. C.
Valparaiso University Medical Department, Valparaiso Ind.
Hadnemann Medical College of Chicago.
College of Physicians and Surgeons, Chicago.
College of Homeopathic Medicine, State University of Iowa.
College of Medicine, State University of Iowa.
Kansas Medical College, Department of Washburn College, Topeka, Kan.

College of Physicians and Surgeons, Baltimore.
School of Medcine, Boston University.
Medical Department, Creighton, University, Omaha.
Dartmouth Medical School, Hanover, N. H.
Cleveland-Pulte Medical College.
College of Medcine, University of Tennessee, Memphis Tenn.
Medical Department Vanderbilt University, Nashville, Tenn.
Milwaukee Medical College, Department of Marquette University, Milwaukee, Wis.
Wisconsin College of Physicians and Surgeons, Carrol College, Milwaukee, Wis.
Manitoba CollegeMedical, Winnipeg
Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax N. S.
Faculty of Medicine, University of Toronto, Canadá.
Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, Quebec.

(Del "Medical Record")

Congreso de Cirujanos.—Durante este mes se ha celebrado en New York este importante congreso, al cual han asistido más de 2000 cirujanos, entre ellos, muchos de reputación internacional. Numerosas clínicas han sido dadas en New York y Brooklyn. El Dr. Jacinto Avilés, tesorero de esta Asociación ha asistido á dicho congreso, y es de esperarse que á su regreso nos dé un informe extenso de todo lo que allí se ha hecho.

La prensa de New York se ha ocupado extensamente de los trabajos del congreso. Una de las resoluciónes de mayor importancia e interés, ha sido la de iniciar una campaña contra el cáncer. El Dr. Thomas S. Cullen, profesor asociado de ginecología de la Universidad de Johns Hopkins, fué nombrado presidente del comité encargado de divulgar conocimientos acerca de la enfermedad. Haciendo uso de la prensa y de todo medio á su alcance, este comité se encargará de hacer saber á toda mujer cuales son los primeros síntomas del cáncer uterino; de modo que con tiempo se hagan reconocer, aprovechando para su tratamiento el primer estado de su enfermedad.

En una de las clínicas se demostró el método de anestesia por el éter por la vía intravenosa, introduciendo por las venas del brazo una solución de éter al 5% en solución normal salina. La anestesia se produce en pocos minutos, se continua durante la operación dejando introducir la solución lentamente, siendo posible graduar y medir la cantidad de éter administrada con toda exactitud.

NOTAS PERSONALES

El doctor Salvador Guiliani Duteil:—Ha regresado de su viaje por Europa y América el Dr. Salvador Guiliani, quien ha reanudado sus servicios de patólogo en el Hospital Municipal de San Juan. La satisfacción grata de su viaje viene nublada por irreparable desgracia, la de haber perdido á su señor padre en su viaje de regreso. La Asociación Médica extiende al Dr. Guiliani la expresión de duelo lo más sentida.

Dr. Leonaldo Igaravides:—Ha regresado de los Estados Unidos este estimable compañero, habiendo tomado á su cargo el puesto de Oficial de Sanidad de San Juan.

Dr. Francisco del Valle Atiles:—Después de una temporada de ausencia regresó de los Estados Unidos donde visitó algunas clínicas en hospitales importantes.

Dr. Jacinto Avilés:—Ha regresado de nuevo á esta ciudad después de haber atendido como delegado por Puerto Rico. al Congreso de Cirujanos celebrado en la ciudad de New York.

ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO
DISTRITO DE SAN JUAN

Distinguido compañero: A la Asociación médica del Distrito de San Juan le ha sido encomendada la misión de organizar la Asamblea anual reglamentaria de la Asociación Médica de Puerto Rico; en tal virtud, en la sesión celebrada por la primera el día 2 del corriente, se acordaron los particulares que se expresan á continuación.

1º Celebración de la Asamblea anual reglamentaria en la ciudad de San Juan en los días 14 y 15 de Diciembre próximo, comenzando los trabajos á la 1 P. M. del primero de dichos días.

2º Nombramiento de cuatro comi-

siones; una administrativa, comprensiva de todo lo concerniente á las modalidades que encarna el concepto, así como lo referente á Etica Médica y reformas del Reglamento, de cuyo proyecto se le incluye una copia para su atento estudio y análisis previo; otra científica, para solicitar de los compañeros memorias, casos clínicos, monografías, comunicaciones etc. etc. que serán clasificadas para su oportuna numeración en la orden del día. Los temas son libres; pero se acordó hacer constar en el programa otros temas por si algunos asociados quisieren elegirlos y desarrollarlos preferentemente. Los epígrafes de aquellos y otros deben ser conocidos por la respectiva comisión no más allá del 30 del corriente.

3º Comisión organizadora del banquete con que los médicos de la Ciudad de San Juan obsequiarán á sus compañeros de la Isla; quienes deben avisar con anterioridad de seis días al 14 de Diciembre su asistencia al mismo. Esta comisión la componen los Dres. López Antongiorgi, Molina de St. Remy, López Sicardo y Toro.

La comisión científica los Doctores Font Guillot, Velez López y Lugo Viña.

La comisión administrativa: Doctores Toro, J. Avilés y López Sicardó.

Comisión de prensa: Doctores Gómez Brioso, Velez López y Font y Guillot.

Los temas acordados por la Asociación son:

1º Debe ser unipersonal, ó multipersonal (un Board por ejemplo) la Dirección de Sanidad en lo referente á sus resoluciones intrinsecas, y modos de realizar sus funciones ejecutivas?

2º Moderno concepto de la Beneficencia Municipal. Crítica de su actual organización. Eficacia comparativa de la asistencia domiciliaria y de la hospitalización de los enfermos pobres.

3º Cirujía en los locos.

4º Urgente é imperiosa necesidad de la construcción de un manicomio en armonía con las exigencias de la moderna Patología mental.

5º Organización científica del Cuerpo de Oficiales de Sanidad en el sentido de especializar sus conocimientos en concordancia con los adelantos de la Moderna Higiene pública, y garantizar de este modo los derechos que puedan adquirir tales funcionarios.

6º Creación de un cuerpo médico de Inspectores escolares.

7º Institución y organización del cuerpo de Médicos forenses en Puerto Rico.

8º Necesidad de un Código Sanitario, nombrándose al efecto una Comisión Codificadora por la Asamblea Legislativa de Puerto Rico.

Solo nos resta suplicar á Vd. nos preste toda su valiosa coopaerción para que la próxima Asamblea de la Asociación Médica de Puerto Rico constituya una esplendida manifestación de nuestra cultura en el vasto campo de las ciencias médicas. Es deber de todos los médicos puertorriqueños y de los que, no siéndolo, conviven con nosotros, ayudarnos en nuestra magna obra, llenos de fé en el éxito. La obra de la Asoción Médica no es ni más ni menos que una de las columnas del majestuoso edificio de la Patria; colocada en la fachada dedicada al Progreso; y esa columna tiene bases firmes, cada bloque ha sido sometido á prueba, el cemento es excelente, y ya se yergue, sino por encima á lo menos á nivel de las que se encuentran más altas.

Somos de Vd. con la más sincera cordialidad sus afmos. amigos y compañeros Q. B. S. M.

Eliseo Font y Guillot,
Presidente.

José Lugo Viñas,
Secretario.

ERRATAS

Página 2, línea 29 dice candenas; léase cadenas.
Página 7, línea 8, dice quirúlgico; léase quirúrgico.
Página 8, línea 39 dice magna; léase maga.
Página 23, línea 37 dice tiritando: léase titiritando.
Página 36, línea 13 dice reveleba; léase revelaba.
Página 37, línea 7 dice estadisica; léase estadística.
Página 39, línea 12 dice hipertofiado; léase hipertrofiado.
Página 40, línea 3 dice tumo rovoide; léase tumor ovoide.
Página 41, línea 10 dice addominal; léase abdominal.
Página 43, línea 14 dice epensas; léase expensas.
Página 56, línea 16 dice especiemenes; léase especimenes.
Página 57, línea 41 dice síntomos; léase síntomas.
Página 64, línea 30 dice apenidcitis; léase apendicitis,
Página 73, línea 4 dice quqrúrgico; léase quirúrgico.
Página 73, línea 33, dice Aamblea, léase Asamblea.

BOLETIN

DE LA

Asociacion Medica de Puerto Rico.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

IX DICIEMBRE 1912 Y ENERO 1913. NUMERO 87.

NECESIDAD DE UN NUEVO MANICOMIO EN PUERTO RICO.

POR EL DR. ELISEO FONT Y GUILLOT

Sr. Presidente: distinguidos compañeros.

Yo he oido o leido en alguna parte que la filantropía virtud social, puramente humana, y, la caridad, virtud del cíelo, exclusivamente divina, al unirse en consorcio perdurable y permanente, dieron vida a la institución mas generosa y altruista de la tierra; la Beneficencia.

En todas las edades, en todos los pueblos civilizados, gobernantes y gobernados no han podido sustraerse a su influjo poderoso, respondiendo a sus categóricos imperativos.

Ese hermoso y noble sentimiento es inherente y consustancial a la naturaleza humana; por eso nos conmueven las sencillas declaraciones de Etierant y nos deleitan los admirables libros de nuestro ilustre homónimo Eliseo Reclús por la inmensa ternura, por el inmenso amor hacia sus semejantes que llena el corazón de este eximio pensador: uno de sus libros nos subyuga, encanta y enamora; *"Solidaridad"* cuyos paradignas se adueñan de las almas, desterrando del espíritu la nefasta teoría de la lucha por la existencia; sin que esto quiera decir que nos cruzemos de brazos y dejar con Marco Aurelio que las olas se estrellen en las rocas: el *estoicismo* como el *epicureismo* su rival histórico se fundan intelectualmente en una idéntica perspectiva de egoismo y disolución que nos repugna, y nosotros queremos y debemos vivir enlazando nuestras almas en una perspectiva de amor y de solidaridad.

Consiguientemente debemos ahorrar a nuestros coetáneos y a la generaciónes venideras, nuestras angustias, nuestras pobrezas y nuestras incertidumbres. No pueden, ni deben subsistir el egoismo individual y el egoismo colectivo, valga la paradoja, sintetizado en esa decadente filosofia de una mentida lucha por la existencia, que lleva consigo y justifica todas las pasiones y todas las falsedades hasta llegar al *probabilismo* y al pecado filosófico, destruyendo por ende, todas los sentimientos de solidaridad entre los hombres.

Es una gran mentira sostener, que sin esa lucha la vida social es inconcebible que es como si dijéramos la vida humana. No es cierto; no: que cada indivíduo sea un enemigo para sus semejantes; es falso que los hom-

bres se causen recíprocamente todos los perjuicios posibles; no: la concordia, la igualdad, el mutuo respeto anulan y anularán siempre a la hostilidad, la preponderancia y la servidumbre.

En los comiénzos de la humanidad, es cierto; que el mas fuerte arranca por la violencia al más débil el fruto de su trabajo; en la humanidad más avanzada el más fuerte, se trueca en más hábil y más apto, produce mejor que el más débil convertido en ménos capaz, y esta competencia intelectual es la forma de lucha por la existencia en las sociedades civilizadas.

Por otra parte; a la selección de los mas fuertes intelectual y moralmente ya no corresponde la muerte de los incapaces: estos últimos viven sí; en una condición de dependencia; pero no perecen como en los primitivos tiempos de la humanidad; así es que; a los ancianos, a los inválidos a los enfermos, a los ciegos, a los sordos-mudos, a los huérfanos y a los locos, muy lejos de dejarlos en el abandono, se provee para la educación de los unos y para la subsistencia de todos.

Y entre, las obras de beneficencia relacionadas con las ciencias médicas ninguna mas hermosa, mas interesante y mas trascendental que los Asilos de alienados: los manicomios.

Relatar la historia de la Patología Mental a través de las civilizaciones que se han sucedido; es ver con la imaginación como en cinta panorámica de fantástico cinematógrafo, el núcleo de una civilización, que rodando mas tarde por la pendiente de los siglos llega a nosotros grande, casi gigantesca y hace palpable de qué modo, y poco a poco, la concepción religiosa primero y mas tarde la filosófica de la locura son sustituidas por las nociones positivas de la Biología y que constituye a la hora de ahora la ciencia de la moderna Psiquiatria.

No embargante; a principios del pasado siglo en Bicetre y la Salpetriere dice Garuet; "el vicio, el crimen, la desgracia, la miseria y las enfermedades mas vergonzosas estaban confundidos con los *minus habentes,* privados de razón. Los pabellones eran inhabitables; los hombres eran victimas de la mas indescriptible suciedad; las celdas estrechas, frías, húmedas, privadas de aire y de luz semejaban cubiles de fieras; con un lecho de madera que pronto se hacía asqueroso, podia causar asco al mas inmundo de los animales. Se arrojaba a los alienados en esas cloacas bajo la férula de enfermos, que eran malhechores a quienes se conmutaban sus penas para entrar en ese servicio; los locos eran cargados de candenas y agarrotados como los más grandes criminales, y así sin defensa de la brutalidad de sus guardianes eran objeto del trato más cruel e inhumano, que puede concebirse, oyéndose de día y de noche gritos espantosos y ruidos de cadenas capaces de aterrar a los espíritus más despreocupados."

La reforma del régimen de los alienados se imponia; no solamente como medida de humanidad, sino como la condición primordial del progreso que había realizado la Nosografía; era ne-

cesario obtener que fuesen tratados como enfermos; no como criminales: y, nadie ignora que la gloria inmensa de haber roto las cadenas que torturaban las carnes de aquellos infelices se debió a Pinel; llamado con razon el Washington de los locos.

Este benefactor de la humanidad, este ilustre médico, este insigne filántropo demostró la necesidad de crear establecimientos especiales para la asistencia y tratamiento de los locos: trazando las reglas de la hospitalización de estos enfermos. Poco después, Willian Tuke ciudadano de New York crea una casa de salud en donde los alienados son tratados en armonía con los métodos preconizados por Periel y de este modo Italia, Francia e Inglaterra toman, simultáneamente y sin acuerdo preconcebido la iniciativa de tales reformas.

Y cabe decir, que las cosas no se llevaron a cabo en la medida y conforme a los deseos de los reformadores: la vetusta y por lo vetusta, venerable rutina, siempre fué poderosa y por ende, dificil de vencer en todas las épocas y en todos los tiempos. Y, así; vemos con dolor, que el mismo Esquirorl, todavía, en un informe al ministro del ramo abogaba por que los alienados fuesen tratados peor que los animales y las bestias. Mas en el lento andar del tiempo, el progreso avasallador se impuso "*gutta cavat lapidem, sic semper cadendo*" y hoy el espectáculo de un moderno manicomio levanta el ánimo y consuela el espíritu: grandes, espaciosos, ventilados, radiantes de luz, como si dijéramos de vida con sus anchas galerias; sus confortables dormitorios, sus jardines, sus prados y sus parques hacen que el corazón se olvide de los miserables reductos que les precedieron.

Y no es esto solo: a los modernos manicomios no les circundan barreras infranqueables ni altas murallas; estas disminuyen de altura y las puertas se abren; constituyéndose las colonias agrícolas y los asílos a puertas abiertas "*open door*" la camisola de fuerza ha quedado casi relegada al olvido, utilizada únicamente en casos muy excepcionales; el tratamiento por la permanencia en el lecho y los baños tibios prolongados aplicados a la mayor parte de las formas agudas de la locura, proscribiéndose casi en absoluto el hábito rutinario de administrar narcóticos embrutecedores a los dementes agitados.

La Etiología ha salido del caos en que se agitaba, el estudio de los síntomas y de la marcha de las afecciones mentales, permite individualizar mejor las especies nosográficas, la anatomia patológica despues de habernos revelado las lesiones de la Parálisis General, nos ha enseñado gracias a los progresos recientes de la Tecnica, las alteraciones que condicionan ciertas perturbaciones mentales de orígen tóxico: la medicina legal de los alienados se asienta hoy en bases ménos movibles y mas precisas, y por último el tratamiento de la locura se ha hecho más humano, más racional, más eficaz.

El siglo XIX merece bién de la humanidad y de la Ciencia, pues por incompletos que sean nuestros conóci-

mientos en el vasto dominio de la Psiquiatría, estos, están hoy prodigiosamente acrecentados y precisados.

Ahora bien: ¿cual de vosotros no ha visitado alguna vez el edificio que en la Capital de Puerto Rico se conoce con el nombre consuetudinario de "*La Beneficencia*"..... hoy convertido por arte de magia en manicomio?......

Allí habreis notado la mano habil y diligente de uno de nuestros compañeros que ha luchado y lucha con obstáculos invencibles. Nadie negará las condiciones de limpieza, orden, economía discreta y disciplina que allí imperan; pero esto con ser algo ya; no es mas que una parte cosustancial y objetiva de lo que debe ser la Institución.

Es inadecuado a las exigencias modernas por ser la construcción anticuada y el emplazamiento en plena urbe y en zona militar, rodeado de tapias y murallas que lo estrechan en un círculo de piedra y lo hacen inadaptable a ninguna reforma de transcendencia e importancia resultando que los esfuerzos de mejoramiento que pudieran ser saludables en otras ocasiones, se hacen impracticables; no derivándose de ellos los beneficios y humanitarias finalidades que fueran de desear.

Existen allí por término medio con los altibajos propios de estas instituciones 330 asilados de ambos sexos; predominando el femenino en un 20% cuando en puridad de verdad, admitiendo como inmejorables las exigencias higiénicas de cubicación y ventilación por una parte y por la mezquina asignación de 16 centavos *per capita*, por otra; no da cabida más que para 300 de estos infelices.

Añadid a esto el número considerable de solicitudes de admisión en trámite, y en turno para el oportuno ingreso, así como los recluidos en las cárceles declarados locos peligrosos por las respectivas cortes de Distrito y municipales; en algunos hospitales y asilos destinados a otros fines benéficos, y habremos de convenir en que esos desgraciados en tales condiciones recluidos se hallan en condiciones parecidas a sus congéneres de la época de Pinel.

Y que se deriva de este caos?........

Lo que es lógica conclusión con tales premisas. Que los recluidos en las cárceles en donde permanecen a veces hasta un año, llegan al Manicomio en tales condiciones de salud física (no hablemos de la psisquica, que es la absoluta anarquia mental) que el resultado final es acrecer el percentage de la mortalidad y acusar de incongruente e ineficaz la labor del personal técnico del establecimiento.

La población de Puerto Rico ha aumentado en los veinte últimos años en cerca de 200000 almas, siendo lógico suponer el aumento de locos en un sentido proporcionado y el manicomio que pudo ser capaz en aquella fecha no lo es en 1912, ní lo será en los años sucesivos.

¿Como están alli los locos?......En una promiscuidad espantosa en el sentido de la clasificación nosológica: los agudos con los crónicos, los maniáticos con los melancólicos, los exitados con los deprimidos, los perseguidos con los perseguidores, y lo que es más grave

todavía, dando tono a este cuadro poco edificante se encuentran los locos criminales, para quienes en todos los paises se han creado manicomios especiales, obedeciendo a las influencias ejercidas por las leyes inflexibles del progreso a todas las instituciones humanas.

El loco criminal no puede ni debe confundirse con los otros vesánicos porque constituye una amenaza permanente que es indispensable prever, para poder evitar sus consecuencias dolorosas y muchas veces terribles de sus impulsos. Dice el doctor Despine, en sus magníficos estudios de psicologia natural, que los indivíduos peligrosos no pueden habitar los establecimientos comunes ,porque en ellos introducirian la alteración y el desorden, pues si bien la sociedad tiene el derecho de preservarse de ellos, encerrándolos, tiene también el deber de obrar con humanidad sin humillarlos ni maltratarlos, ni quitarles la suprema esperanza de obtener la salud y con ella la libertad.

Nuestro manicomio tampoco cuenta con una sala de observación, porque materialmente no hay espacio para ella, y por ende, se hace casi imposible, aunque no sea mas que bajo el punto de vista de diagnóstico y de la estadística establecer una clasificación discreta, racional y científica de los alienados.

No poseemos un salón para infecto-contagiosos; y para remediar esta necesidad elemental, ha sido preciso habilitar con incómoda adaptación un local destinado a otros usos tambien perentorios.

Hay dos departamentos: uno para cada sexso, pero el de hombres es pequeño, a la intemperie; bañado por la luz del sol unas veces y otras barrido por la lluvia. En ninguno de los dos departamentos es posible la creacion de talleres adecuados para cada sexo.

Todo manicomio moderno lleva aparejado una colonia agrícola adjunto al establecimiento médico-mental; y en Puerto Rico esa reforma es mas útil que en ningun otro pais ya que el 60o|o de nuestros asilados son campesinos jornalaros, la mayor parte atacados de Psicosis por uncinariasis, y a quienes el cultivo en esas colonias sería el mejor tratamiento a sus padecimientos.

En todos los manicomios modernos está proscrita la ociosidad voluntaria; y solo dejan de trabajar los absolutamente imposibilitados; en San Juan no podemos establecer, por falta de local, talleres de carpinteria, ebanisteria, sastreria, zapateria, trenes de lavado y en las distintas funciones de cocina (se emplean algunas asiladas) y panaderia.

Y como quiera que es un principio universalmente reconocido que el descanso de la inteligencia consiste en la variación del trabajo para que este sea beneficioso en órden al tratamiento, establécense alternativas: al trabajo obligatorio sucede el esport, y los recluidos en otros asilos encuentran galerias magníficas para dedicarse a pasear y hacer ejercicios gim-

násticos que han de ejercer poderosa infuencia en su curación

Para cumplimentar, o mejor dicho, para dar mayor eficacia a estos sistemas curativos, se han creado bibliotecas interesantes en las cuales buscan aména compañía en sus momentos lúcidos los recluidos, no siendo pocos por cierto, los que aficionados a la lectura, olvidan sus obsesiones, vencidas por una obsesión mayor, moralizadora, que los impulsa y los arrastra a una curación y regeneración que no preveen; pero cuyo influjo eficasísimo se va desarrollando en su espíritu.

A falta de esas benéficas bibliotecas, en nuestro manicomio facilitamos libros y periódicos; pero sin obedecer a una disciplina rígida y determinada, como sería practicable si dispusiéramos de un local adecuado.

Es verdad que en defectos de esos grandes adelantos, empleamos la dulzura y la templanza en vez de los procedimientos de fuerza y de humillación porque estimamos que el loco no ha dejado de ser hombre, hombre enfermo solo necesitado de cuidados curativos. Ademas el hombre privado de razón no es absolutamente refractario a todo sentimiento de bondad, de atracción y de cariño, y aún en los momentos culminantes de la violencia es suceptible de ser dominado. El antiguo régimen de la flagelación lo exacerbaba; el nuevo régimen del afecto lo domestica.

Tales son en síntesis sumarísima la faz y los defectos capitalísimos de nuestro manicomio. ¿Cuál es nuestra misión social como miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.? Mejorar más si cabe, la condición higénica de sus viviendas, de sus camas y de sus vestidos, cultivar el terreno en todo sentido con produción de todas clases ya en la colonia, en hortalizas, viandas de todas clases, cultivo de tabaco, crianzas de aves, cerdos, jardines, parques , ya en los talleres confeccionando sus ropas, sus sombreros, sus zapatos y hasta el cigarro con que en algunos casos pueden estimularse a su labor diaria, ya compartiendo con los empleados de la Institución los trabajos de mecánica, del lavadero, de la cocina y de la limpieza general; y lo que es más, ejerciendo cargos de cierta autoridad, donde su ayuda al personal es eficaz y su estímulo para la vida antes monótona que pasaba se transforma en distraida y atractiva.

El manicomio de Puerto Rico no es tal; es un depósito de locos y es doloroso mantener en tal condición a desgraciados enfermos que ni siquiera pueden protestar de su situación porque les falta raciocinio.

Si es: yo creo que el dinero del pueblo de Pto. Rico, mejor empleado es el que se destine a la construcción de un nuevo manicomio; y salir para siempre de esta situación desesperada que mueve a nuestra conciencia a demandar suplicante a esta distinguida Asamblea para que a su vez ella se dirija a los poderes públicos, y le proponga la realización de esa obra grandiosa y altruista para honra vuestra y del pueblo de Puerto Rico.

DISPENSARIO DE LA INFANCIA

SU IMPORTANCIA SOCIAL

POR EL DR. M. QUEVEDO BAEZ.

Sr. Presidente; Señores:

Declaro que no fué mi propósito intervenir en esta solemnidad cuya labor se consagra a problemas médicos y quirúlgicos y a cuantos puedan afectar la vida interna de esta Asociación.

Y, a fé, que hubiera sido respetuoso con el orden de esta Asamblea, si no hubiese sido aludido y si no me considerara obligado a servir los intereses de una causa tan humanitaria y social, como es la de la alimentación de los niños, en sus relaciones con el problema de la tuberculosis.

Os quiero rogar, pues, no me negueis el derecho que tengo a pedir sitio y turno en esta solemne fiesta académica, porque traigo de nuevo, a vuestra consideración, el problema de defensa de la niñez, frente a la tuberculosis, en los Asilos de protección denominados "Dispensario de la Infancia" y "Gota de Leche"

Quiero, queridos compañeros y amigos, que me escucheis, pues soy tan devoto de la ciencia que profeso, como tributario del culto y amor a la tierra en que he nacido y la cual, si quiero ver rica, próspera y enaltecida por el progreso ciéntifico, en todas sus órdenes, quiero mucho más, ver dignificada por su alto espíritu de amor y caridad a todas las causas que demanden su protección y amparo.

Y, pues, que observo el duro y tenáz esfuerzo que realizais, para levantar piedra sobre piadra, el edificio de la ciencia médica en Puerto Rico, elevándolo a su más alta dignidad y prestigio; os traigo en mi mano, flameando al viento por el impulso de mi corazón y de mi espíritu, un paño blanco de paz y de amor, que será la bandera que pongamos en la alta cima de esa torre, que, con tanto brio y orgullo, estais erigiendo.

Mi bandera es paño que ha de proteger, como alas de paloma blanca, la niñez desvalida, en su propio nido, en la misma cuna, que manos de madre formaron para ampararle con sus cuidados y sus besos.

Es mi lema de amor a los niños pobres, cuya tierna vida amenaza de contínuo, la miseria, asediándola hasta vencerla impotente, en la implacable injuria de la muerte.

No es nuevo, para vosotros, mi empeño en favor de esta cuestión, y si vuelvo a presentarla en esta Asamblea, es porque devoto propagandista de las cáusas que entrañan algún bien social, entiendo que no basta anunciarlas un solo día, sinó que es necesario hacerlas penetrar, una y otra vez, en la mente y en el corazón de todos para que conociendo su alcance y su utilidad, llegueis a amarlas y quererlas.

Yá os dije, en la Asamblea de Arecibo, cómo entendía que debía ser más eficáz la acción que desemvolvieramos en favor de la lucha anti-tuberculosa. Sentaba yo, que ninguna solución habría de ser más efectiva, que la que pusiera en práctica las ideas concebidas por el malogrado médico, venerable y abnegado Apóstol de la Medicina Dr. Grancher, vaciadas y

contenidas en su obra de "PREVISION DE LA INFANCIA," las "GOTAS DE LECHE,"del Dr. Variot, primero que las concibió y sus auxiliares Drs. Pinard y Budin, que le secundaron admirablemente.

Sobre estas instituciones es que ha de descansar toda obra encaminada a cortar el paso a la temible plaga blanca del siglo XX.

Ambas se encaminan a defender la niñez y la adolescencia.

Mientras una resta al niño del medio contaminado, de aquel en que crece, al lado de sus padres o parientes, heridos por la enfermedad y que, de continuar en él habria de hacerlos su víctima; la otra le facilita la más pura alimentación, en la edad en que su organismo débil y predispuesto puede encontrar en élla, los gérmenes seguros del contagio.

No creo, que trasplantar a Puerto Rico institución de esa naturaleza sea obra imposible. Y menos ha de serlo a la Asociación Médica, que habrá de fortalecer sus prestigios, si pone en práctica aquellos medios que son necesarios a su realización.

Tiene así, la Asamblea Médica, ante sí, un problema, que va más allá de los fines que pudieran parecer únicos y exclusivos de nustra ciencia.

La Asociación, al mismo tiempo que agrupación de hombres cultivadores de la ciencia de aliviar y curar dolores humanos, es una agrupación con carácter genuinamnte social, y si el destino, magna misteriosa que rige la marcha de los acontecimientos, lo mismo en el órden físico, que en el moral, le trazó rumbo y dirección por donde debía enderezar sus pasos, nunca tuvo delante de sí, problema de solicitud social más interesante.

Nosotros tenemos el deber de ayudar a nuestro pueblo en esta, que es labor de altos fines morales y sociales.

Y podemos hacerlo, dentro de nuestro círculo de acción, sin alterar ni desfigurar la verdadera característica, que nos trajo a la vida.

Curando y aliviando los dolores de los que sufren, realizamos noble y humanamente el deber más elemental de la medicina. Y, si dentro de éso nosotros, más que curar preservamos y preparamos las generaciones del futuro, disponiéndolas bien, físicamente; llevando a ellas sávia y vigor, robustez y energias suficientes a aquellas demandas, que la lucha por la vida vá determinando cada vez, con mayor exigencia e imperativo; no sólo habremos salvado los peligros del mal y de la enfermdad, que hallaron siempre campo abonado en los organismos débiles, sinó que habremos caodyuvado, de manera directa, a realizar uno de los bellos ideales a que aspira la Sociedad contmporánea.

El futuro social de nuestro pueblo tiene mucho, que a nuestra ciencia corresponde. Y tiene mucho, porque la vida contemporánea, la vida moderna, expresión verdadera de la posición que ocupa la ciencia en este primer cuarto del siglo, tiene que ser la resultante de un estado social en que la higiene pública haya dado cima a todos los problemas relacionados con la vida del hombre civilizado y que, no solucionados ní siquiera presentidos, habrán de ser cáusa de errores

múltiples, unas veces afectando directamente la vida, y, otras, afectando intereses de un orden social muy elevado.

No es preciso ahondar en el terreno de la sociologia, para encontrarnos de frente con el transcendental problema de la Higiene, interviniendo como factor el más poderoso de los que mueven el progreso en todos los órdenes.

Por tamiz tan fino como delicado, tienen que pasar, lo mismo las complejas cuestiones políticas que las económicas.

Antes, que todos los beneficios que el derecho proclama para el hombre, como un apostolado el más grande y categórico; ántes, que todos los predicados, que definen el verdadero estado civil del ciudadano, están otros derechos que hoy, la higiene social reclama, con prioridad.

El hombre moderno discute, pide y reclama su derecho a la salud; el hijo pide ser enjendrado por padres física y moralmente sanos. Los niños piden no ser abandonados por los padres en los asilos, a los eventos de la caridad ni echados a holgar, como huérfanos, por las calles, nutriendo la masa de los que luego, han de dar contingente al vicio y a las prisiones.

Desde los tiempos más antíguos, el problema de higiene social influye en el gobierno de los pueblos. Recordad a Esparta, donde sus sabias leyes impedian que los débiles, viejos o muy jóvenes contrajeran matrimonio, obedeciendo a un principio de orgullo nacional, de formar una raza vigorosa y fuerte.

Alrededor de los niños, que constituyen para nosotros, el objeto de todos nuestros afanes, la sociedad moderna y la del porvenir, tiene un grave problema a resolver.

¿Dónde está una ley sabia que, emanando de un sentimiento superior en el hombre, le lleve a renunciar a su libertad de procrear séres desdichados, que traen al mundo un estigma en su cerebro o en su naturaleza, que los aparta del verdadero tipo normal de salud?.

Ahí donde gobiernos y hombres se han preocupado poco del porvenir de las generaciones, la educación social ha señalado un fracaso.

Escuchad a Nietzsche, cuando, a propósito de la paternidad dice:

"Quiero que tu victoria y tu libertad suspiren por un hijo. Eleva un monumento viviente a tu victoria y a tu liberación."

"Debes construir algo más que tu sola persona. Pero hace falta, ante todo, que te hayas construido a ti mismo, recto de alma y cuerpo."

No sólo debes reproducirte, sino mejorarte. Y a ello te ayudará el jardin del matrimonio.

"Debes crear un cuerpo superior, un primer móvil, una rueda que parta espóntanea, debes crear un creador."

Llamo matrimonio de dos séres, a la voluntad concorde de crear un tercero superior a ellos. Y llamo matrimonio, la veneración recíproca de los dos que coinciden en tal voluntad."

Es indudable que, unos problemas y otros se relacionan de tal manera, que, a veces parece que únos crean o

dán lugar a los otros.

El problema que sienta un Dispensario de la Infancia, a que nosotros venimos aspirando, es ciertamente el primero: la defensa del niño frente al terrible mal de la tuberculosis.

Pero ese problema entraña otro, que es el de mejoramiento de la raza y, dentro de ése, el cultivo del hombre, por el hombre, o sea la Puericultura.

Antes ques éso, puesto que antes que el hijo es la madre, está el problema de la mujer en sus relaciones con el hogar y con el medio social en que vive.

La mujer moderna, que clama por su vindicación y por su libertad, aboga por todos los derechos que son inherentes al hombre y haciéndose fuerte en esa libertad que tanto ansía, no quiere emanciparse del trabajo esaz-duro y fuerte, que las exigencias de la civilización crean, en el seno de los talleres y de las fábricas y que son causa de su enervamento físico, mental y moral.

Ella, la mujer de trabajo y madre al mismo tiempo, para satisfacer las exigencias que el trabajo y la maternidad crean en su torno, flaqueará en una u otra atención, o en ambas a la vez. Rendida en sus fuerzas, por lo duro de su labor, no contará en su abono, con aquellas energías que la naturaleza demanda a la mujer, en el periodo de la maternidad. Y así, como se resentirán sus fuerzas, se resentirán las del hijo, que nacerá a la vida en las tristes condiciones de deficiencias orgánicas consiguientes. La prole, en este caso, acusará una tara de deficit.

En cuanto a su papel en el hogar, claro, que resultará, también, resentido, aflojando los vínculos que en él establece la mujer, cuando es madre y se constituye en el eje moral de una familia. Disociados así, los vínculos, el hogar no es entónces la mansión donde la vida doméstica se intensifica. Y no intensificada ésta, corre peligro de comprometerse la felicidad de los hogares, porque sólo a costo de una intensa vida doméstica pueden éstos engrándecerse y realizar su misión

Este problema que traemos al seno de la Asamblea, es un problema, que tiene todas las apariencias y las sugestiones de una obra de caridad. Es el problema que plantea una defensa del niño en la cuna para salvarlo de los peligros más serios que combaten su existencia, en esa edad tan temprana.

Nosotros, *meciendo cunas* y poniendo en mano de las madres pobres y desvalidas, el que es primero e insustituible alimento del niño; dirigiendo a las madres en esas faenas tan seductoras, que sirven para poner de relieve la suprema magestad de la mujer, esa dignidad tan elevada de las madres, en la cual aquella se sublima y adquiere una superioridad manifiesta sobre el hombre; contribuyendo nosotros a dulcificar los trances amargos y angustiosos de la maternidad, ahorrándole penas y sufrimientos; de esa manera, ponemos la primera piedra para el edificio de regeneración social que, como ciudadanos y amantes de todos los progresos, tenemos el deber de procurar y llevar a la práctica.

Es el siglo actual, son los tiempos que vivimos, de grandes embates morales. El espíritu siente las sacudidas extraordinarias, que lo conturban y ponen en peremne tensión.

La vida es, por demás intensa: lo psíquico ha avasallado, en el tumulto de sensaciones provocadas por influencias poderosísimas, a lo material.

Los brazos no se mueven tanto a los fines de la vida como se agita la mente del hombre frente a la adivinación forzada de ese anhelo que lo persigue de modo incesante, de esa esperanza, que se esfuma delante de él, como una visión fugaz de sus sentidos, de ese ideal, tras el cual se corre tanto sin llegar a tocarse.

Crea éllo un desequilibrio en la naturaleza humana, el cual desequilibrio sino fuera una desventaja bajo el punto de vista de la unidad y de la proporcionalidad, a expensas de las cuales se realice la harmonía, seria una tara de alcances funéstísimos, en las indeclinables leyes de la herencia.

Si nuestro papel médico junto a la cuna, donde la piedad humana quiere defender al niño, no tuviera más acción que desenvolver, entónces, de ella para acá, donde terminara mezquina esa misión médica, comenzaría la del hombre, la del ciudadano ungido por altos deberes sociales.

Los niños que nosotros recojamos y amparemos en la cuna, son y han de ser la levadura, buena o mala de los hombres del mañana.

El influjo de la caridad, bajando desde nuestro corazón a nuestras manos, para llevar alimento a los niños, no limitará su acción a acallar hambre, si la había, y a restablecer energías perdidas, y ese influjo, así determinado, será una energía moral que no se extinguirá nunca. Pudo llegar y llegó al estómago tierno del infante, pobre la dádiva generosa, que la caridad llevó hasta él, pero por una escala moral invisible, subió y ganó el corazón una onda de amor, y allí se guardó remansada, para seguir empujando la máquina hombre, bajo las sugestiones grandiosas del bien y de ese amor, que son los que forman el futuro empaque del ciudadano. ¡Qué luz moral más hermosa, encendida en el alma del niño, para convertirse más luego, allá andando los años, en faro intensísimo, que haya de guiar su conciencia de hombre!

Nosotros no podemos excusarnos de concurrir a la demanda que nos hacen estos elementales deberes de hombres de ciencia y de ciudadanos.

Si el pais en que hemos nacido ha de salvarse por la grandeza moral de su espíritu, por las idealidades y las virtudes que atesore, la semilla del bien, el gérmen de todas esas grandezas, debemos verterlo en la cuna.

Una gota de leche, es una gota de amor y allí donde ella caiga, para satisfacer una necesidad física, se despertará una energía moral, que llevará sus influencias a toda la vida de un ciudadano y regando así esa semilla y formando así corazones, de un extremo a otro de esta Isla, que el destino nos diera por patria, una legión de hombres, que será una legión

de patriotas, forzará las puertas del porvenir, y las abrirá, mal que resista y se empeñen en negarnos sitio de honor en él, los infortunios o las desdichas históricas.

Cuando yo pienso en estas determinaciones, me doy perfecta cuenta, que todo problema que interese la vida, favoreciéndola y defendiéndola de los mil peligros que la asedian, es un problema de higiene primero y problema social después. Y si la exigencia de este principio demandara una demostración evidente del mismo, en ninguno de los complejos problemas, que tiene que resolver la Higiene, la encontraríamos más palpable, que en éste, que plantea el Dispensario de la Infancia.

Y es, que nuestra ciencia toda, tiene un alcance social tan grande, que en vano, pretenderían negarlo los que no vén en las funciones nobilísimas de la Medicina, más finalidad que la que deriva o se expresa en el concreto hecho de curar el dolor o mitigarlo.

Que no es así, lo demuestra esa atención puesta, con tanto celo y cariño, al cuidado de los niños. Si nuestra ciencia médica fuera tan estrecha en sus límites, podría contentarse con atender al niño enfermo curándole sus dolencias, sin desenvolver más acción fuera de él.

Pero nó; la Medicina no quiere curarlo sólo, cuando su tierno organismo sufra las injurias de la enfermedad o del dolor físico. Y no quiere defender una vida individual y aislada, abandonando al niño, después de curado, a las eventualidades y accidentes que han de amenazarle en el curso de su vida. No sólo quiere prevenir en el niño la enfermedad, sino que quiere prevenirle colectivamente, rescatando generaciones de ellos, que sucumben indefensos, vencidos por los terribles estragos de esa enfermedad del siglo, hoy más que nunca, extendida por todo el orbe.

No son las vidas solamente de los niños las que queremos salvar, para que no se apaguen, como estrellitas de magnitud escasa; salvar vidas sólo por la vanidad del éxito y por podernos llamar, en un momento en que la condición humana se extrema "*Los triunfadores de la muerte.*"

No es sólo el estímulo harto y consolador de poder llevar la dulce paz a los hogares, devolviéndole a los padres, aquella grata tranquilidad y sosiego donde encuentra firme base y sólido cimiento la felicidad de las familias.

No; nuestros intereses a defender trascienden de las paredes de los hogares, porque nuestra acción tiene que ir más allá, porque los hijos de este hogar y los de aquel y los demás allá, son los hijos de la patria, los ciudadanos en ciernes, que mañana, cuando los destinos de su tierra los llamen a defenderla, tendrán que brindarle siquiera no fuera otra, la saludable primicia del vigor, de la energía, que si son fuentes de salud, son signos elocuentes de voluntad, acero donde se curten los caracteres y donde se forja el tipo del ideal del ciudadano perfecto.

Ya se yo, que es bello y enternecedor el espectáculo que nos ofrecen las cunas, donde yacen los niños enfermos,

iluminados por los resplandores que, de los ojos de ela madre, bajan a acariciar aquél pedazo de su corazón.

Yo os confieso, que me he acercado muchas veces, con curiosidad de artista, más que de hombre de ciencia, al borde de las cunas, a sorprender aquellos coloquios que empiezan con besos de alegría y terminan con lágrimas, como si lágrimas y besos fueran la levadura que el amor materno pone al borde de la vida, para que en ellos se compendie todo su bello e interesante poema.

He visto muchas veces, madres arrodilladas junto a las cunas, elevando preces y oraciones al cielo, encomendadas al Dios de la piedad y de la misericordia, para que la mano del milagro devolviera la salud al hijo de sus entrañas.

Las he visto dobladas sobre el lecho del hijo arrebatado a la vida por la crueldad implacable de la muerte, besando por última vez, el rostro frio del hijo, bañandolo con sus lágrimas y protegiéndolo con su cabello, que tendido en desórden, caía como un velo de amor y de ternura.

He visto muchas veces, desgarrarse el corazón de las madres al pasar por la tremenda tortura de perder un hijo y mí corazón se ha extremecido de tristeza, ungido por la piedad, después que sorda y poco clemente conmigo, la ciencia no había podido darme el secreto de arrebatarle una víctima inocente a la muerte.

Todo eso ha sido un triste y lúgubre poema cantado por la ciencia al borde de las cunas. Y todo eso ha conmovido hondamente, las fibras de mi corazón. Pero yo os confieso, que las cunas vacías, como nidos desamparados y las lágrimas y los dolores de las madres no me han enternecido tanto, como me enternece el vacío inmenso que yo veo vá dejando la muerte de los niños en el seno de la sociedad, cuando pienso que la patria como una matrona augusta, reasumiendo en su corazón el dolor de todas las madres, se inclina para llorar su suerte y sus destinos, considerando que la muerte de generaciones infantiles, le deja sin hijos amantísimos, sin ciudadanos probos que defiendan su honor y su bandera.

Si la Asociación Médica, considerando en toda su vasta magnitud este problema, pone empeños y realiza esfuerzos para llevarlo a la práctica, cuando ello hubiese sucedido, podría esta robusta agrupación de hombres de ciencia enorgullecerse, sentirse satisfechos de haber dado cima a la obra de más alcance social y de más significación patriótica, ralizada en esta tierra.

Y, señores, cuando declina el sol de la vida para nosotros, y el cielo lo empañan nubes de dolor y de pesadumbres; cuando se apaga en las tinieblas del infortunio la luz de un ideal, que fué astro polar de nuestra vida y flaquea en nuestro espíritu, la fé que rigió cuanto fué sueño y aspiración hacia algo que anhelabamos; cuando sentimos casi el desplome de nuestra generación, de esa generación que pasó por el terrible trance histórico de sentir hundirse para siempre en los infiinitos abismos del tiempo una bandera, la única que durante

cuatro siglos le aompañó lo mismo en sus desventuras, que en sus alegrías y que ha tenido la fortuna de ver en el ocaso de sus dias surgir una nueva bandera con promesas de redención y de felicidad para nuestro pueblo; cuando tales sacudidas ha sentido nuestra generación, justo es, que aquello último en apagarse en la vida, aquello que perdura a través de todos los accidentes y naufragios, que es en el corazón y en la mente un ideal, que es recuerdo en el pasado, esperanza en el presente, fé al otro lado de las incertidumbres que la duda crea, abnegación en el dolor y amor en el olvido; lo que es alma de cuanto existe y vive, justo es que la pongamos al servicio de una obra, que viva en el tiempo, condensando el esfuerzo, el amor y el cariño que hemos tenido en la vida, a esta tierra de nuestro corazón.

Nuestro problema es sencillo. Queremos detener, con el brazo de la ciencia y de la caridad, la ola de muerte, que devasta los hogares de la niñez desvalida. Queremos ser un auxiliar de la madre desde la cuna, impidiendo que la pobreza y la ignorancia sean un pretexto para que la alimaña traidora del mercantilismo, que envenena el natural alimento de los niños, vaya cegando el campo donde debían crecer lozanos, felices y alegres los niños pobres.

Y esa obra, que es más de la piedad que de la ciencia, no necesita para realizarse más que el concurso generoso de las mujeres puertorriqueñas.

Nada importaría una acción eficiente, positiva, por parte de las Instituciones benéficas, creadas a este fin, en otros paises, si no pudieramos contar con la acción fecunda de la mujer, continuando ella en el hogar, la obra que iniciáramos en la Institución.

Hasta aquí, en líneas generales, trazada la importancia social de este problema.

No he de hacer esfuerzos para abonar razones que justifiquen la necesidad científica de la "Gota de leche."

Si alguien, no ha ahondado en él, sinó ha sabido pasar de la superficialidad a lo profundo del problema, para ver y reconocer la razón de ser de la "Gota de leche," pocos argumentos servirían para convencerle.

En términos generales, nosotros enfática y categóricamente negamos que sea eficáz la labor que realicen las Instituciones antituberculosas, si violando la lógica, en vez de comenzar por la base, empiezan por la cúspide.

Cúspides son y representan los llamados Sanatorios, donde los tuberculosos no curan sus males y que son fuentes de sérios problemas que ellos crean antentatorios al órden, a la paz y a la moral de los hogares.

La base, el fundamento racional de todo plan terapéutico es la profilaxis, el método preventivo, el que defiende, el que evita que el mal se entronice y culmine en enfermedad. Y profilaxis es toda obra encaminada, a este respecto de la tuberculosis, a evitar que la enfermedad se desenvuelva, que prenda y se apodere de los organismos.

¿Hay algún medio de realizar esto?

Sí, el único es el de defensa del niño. Evitando que el mal prenda en el niño, evitamos que crezca el hombre inoculado.

Es por eso, pues, que solo los Dispensarios de la Infancia pueden eficázmente contribuir a defender al hombre contra los funestos amagos y efectos de la tuberculosis.

Páre miente la Asociación Médica en este problema. Considérelo sesuda y sabiamente y ella y Puerto Rico podrán sentirse orgullosos de haber hecho obra práctica, la más hermosa y humanitaria.

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA LEGAL EN PUERTO RICO

INEFICACIA DEL ACTUAL SISTEMA NECESIDAD DE LA CREACION DE UN CUERPO MEDICO-FORENSE Y ESQUEMA DE UN PLAN PARA LA ORGANIZACION DEL MISMO.

TRABAJO LEIDO EN LA ASAMBLEA MEDICA POR EL DR. TORRECROSA

La institución de un cuerpo pericial que auxilie a la Administración de Justicia en cuestiones de índole médica ha sido una utilidad en todos los paises y en todas las épocas. En Puerto Rico constituye, en la época presente, más que una utilidad, una necesidad.

Es preciso considerar el problema de esa necesidad bajo sus dos puntos de vista naturales o sean el de la eficiencia y el económico. Para nosotros el primero debe abarcar toda la cuestión, tratada en su aspecto médico científico; quede la faz económica del asunto para aquellos que supeditan el costo de una organización al mayor o menor grado de su eficiencia.

Sin embargo, puesto que me propongo demostrar que se trata de una necesidad, me ocuparé también brevemente de la razón económica que entraña, dando de ese modo al problema todas las garantías de factibilidad que requiere.

Hay que considerar en primer lugar, el sistema de peritaje médico tal como se viene prestando hoy en nuestra isla y hacerlo con toda serenidad, poniendo de relieve su ineficacia absoluta, aún a trueque de lastimar suceptibilidades más o menos legítimas y también a veces mas o menos fundadas. Preséntase en una de nuestras cortes de justicia un asunto cualquiera que demanda, para su esclarecimiento, la intervención de hombres bien informados en hechos y teorías médicas modernas, cuyo cometido es actuar como peritos en la cuestión y decidirla de un modo indirecto mediante las luces que a ella aporte. La misión del médico en estos casos es, pues, sagrada; su responsabilidad moral, enorme. No tiene sino recordar que vá a informar respecto a hechos o apreciaciones completamente ignorados, o poco menos, por jueces y fiscales, letrados y jurados; en suma, por el mecanismo complicado del tribunal ante el cual comparece y que, naturalmente, está obligado a aceptar sus conclusiones de buena fé. La primera pregunta que surge ante cualquier mente observadora es la siguiente:

¿"Está ese hombre realmente capacitado para informar como perito acerca de la cuestión que se debate y, lo

que es más grave, para inclinar el ánimo de la Sala a juzgar de acuerdo con las conclusiones que a ella somete''? Cualquiera contestaría que sí; seguramente, la índole de sus estudios y de su experiencia le facultan para hablar y expresarse en la forma que lo hace y a jueces y jurados para aceptar *bona fide* la interpretación que el perito les ofrece acerca de la cuestión propuesta. Eso cree el vulgo. Nosotros sabemos demasiado que no es así en la gran mayoría de los casos; por doloroso que nos sea confesarlo no debemos titubear en hacerlo y ver de qué manera puede remediarse lo que hoy constituye un grave mal. Todos conocemos ejemplos que confirman la severidad de esa aserción, ejemplos que niegan o ponen en tela de juicio la capacidad de ciertos peritos en determinados casos.

No tenemos necesidad de ahondar mucho para encontrar las raices del mal que nos ocupa. Y presumo que no tendré que esforzarme gran cosa en hacer ver que la responsabilidad de todo está íntegra en lo vicioso del sistema. Veamos la organización del mismo. La ''Ley para regular el peritaje médico en Puerto Rico,'' aprobada en Marzo de 1908, dispone en su sección primera que ''Los médicos en ''ejercicio en Puerto Rico,........,cuan''do sean requeridos por los Tribuna''les de Justicia o sus agentes autori''zados, para prestar asistencia en ca''sos de heridas, lesiones, envenenami''entos, para practicar autopsias, pro''ducir informes, etc..........serán con''siderados como expertos y recibirán ''los honorarios que un arancel pre''parado al afecto fijare..........''

Poco tiempo después de aprobada dicha ley, se publicó el arancel de honorarios confeccionado por la comisión encargada de esta tarea y cuya composición determinaba la sección segunda de la misma. Deseo hacer notar que el último párrafo del acuerdo de dicha comisión, copiado a la letra dice esí:

''Este arancel se ha fijado aten''diendo a las condiciones especiales '' que la Comisión se ha visto obliga''da a tomar en consideración, y se ''entenderá que su carácter es tempo''ral''..

Resulta, pues, primero, que la ley considera como expertos a todos los médicos que sean requeridos por las cortes de justicia del país; segundo, que les garantiza el pago de sus honorarios mediante un arancel; y tercero, que ese arancel es de carácter temporal y sujeto, por ende, a ser modificado.

Ciertamente que las provisiones de esa ley constituyeron para nosotros un avance real y efectivo. Antes de su aprobación el médico era considerado como un simple testigo y en compensación de sus servicios recibía una suma ínfimamente ridícula. Hoy somos peritos y se nos paga con arreglo a un arancel, bastante módico por cierto, pero susceptible de ser mejorado en provecho nuestro. Precisamente esas dos ventajas aparentes son las que encierran, a mi juicio, la viciosidad perniciosa del actual sistema.

En efecto, la ley no hace distinción alguna entre los médicos sino que, por

el contrario, a todos nos considera expertos y, por consiguiente, el juez de una corte de distrito o municipal o el fiscal, según el caso, al necesitar un profesional médico que le auxilie, echa mano del primero en quien piensa; el médico así designado sabe perfectamente que vá a recibir, en pago del servicio que se le encomienda, una compensación muy módica, pues el buen Pueblo de Puerto Rico que tiene dinero para despilfarrarlo en cualquier cosa de poco provecho, lo regatea para pagar decentemente servicios de la importancia del que nos ocupa. Creo, y con razón que una autopsia, por ejemplo, es un trabajo muy laborioso para conformarse con que solamente abonen $15 por practicarla y la hace incompleta, determinando nada más que las lesiones cuyo conocimiento interesa al caso, la naturaleza y localización de las mismas; no abre todas las cavidades y observa y estudia las vísceras en ellas contenidas, y al final de cuentas produce un informe somero de lo que ha visto, interpretándolo según su leal saber y entender, para comparecer luego ante el tribunal a exponer sus conclusiones, en la seguridad previa de que nadie ha de objetarle. Ahora bien, ¿es eso científico?. ¿Puede satisfacernos semejante método y otros similares.?

Desde luego que no siempre las cosas ocurren de ese modo; hay sus excepciones en la clase médica, hombres honrados y profesionales concienzudos a quienes no guía en esas investigaciones más ínterés que la verdad científica y para quienes la cuantía de los honorarios es una cuestión enteramente secundaria. También existen excepciones entre los miembros del foro ante quienes se nos llama a informar, letrados que poseen un buen caudal de sólidos principios científicos y que se toman la pena de estudiar sus casos, bajo el punto de vista médico-legal, atendiendo en esa forma a los intereses que se les confian, bien sean los de la sociedad o de sus clientes. Pero esas excepciones son desgraciadamente raras entre una y otra clase. En la inmensa mayoría de los casos las cuestiones jurídicas de índole médica se ventilan en la forma superficial que antes he ilustrado.

¿Quiérese, por ejemplo algo más absurdo que el procedimiento que actualmente se sigue en casos de locura peligrosa.? Un indivíduo cualquiera es denunciado como "loco" a la autoridad competente; se le encarcela y se comisiona a un perito para que informe acerca de su capacidad mental. Pero ¿es, por ventura, siempre un "perito" quien ha de dictaminar.? Nó y eso lo sabemos todos. Pase perfectamente que un juez o fiscal comisione a tal o cual médico para que emita informe pericial sobre el carácter de una herida o contusión, o sobre una supuesta violación o sobre la incapacidad funcional de un miembro mutilado; esos son problemas banales, puede decirse, y que cualquier médico que posea conocimientos generales y alguna experiencia puede elucidar. Pero el diagnóstico de ciertas psicopatias, la estimación de qué circunstancias en determinado caso entrañan la irresponsabilidad criminal o de que tal o cual alienado cons-

tituye un peligro para la comunidad, esos son problemas de otra índole, que reclaman seriamente la intervención de un perito. El médico llamado a dictaminar en estos casos, por lo regular tiene en observación al denunciado un período de tiempo que no le permite formar juicio exacto acerca de su estado actual y no se conforma con exponer su ignorancia (casi siempre fundada) sino que, léjos de eso, se aventura a formular diagnósticos poco exatos y de los cuales deduce conclusiones muchas veces erróneas. No puede decirse que ha procedido de mala fé, nó; pero su preparación es insuficiente y no ha querido confesarla.

El presunto loco, a quien ni el juez que preside el acto, ni el fiscal acusador, ni el letrado que corre con su defensa se han detenido a observar, es pronunciado "loco peligroso" por un jurado de seis hombres legos, bien intencionados, eso si, pero ignorantes al fín de los abstractos problemas patológicos que a su fallo se someten.

Tal es a grandes rasgos la práctica de la medicina forense actualmente en Puerto Rico. Repito une vez más que hay sus excepciones; pero éstas no alteran en mucho las deficiencias notables de la regla general. Porque nadie, desapasionadamente, puede negar esas deficiencias que a nosotros, individualmente como médicos y colectivamente como organismo representante de la clase, más que a ninguna otra entidad, nos toca remediar.

El remedio no puede ser otro que la organización de un cuerpo médico-forense (es decir, de un cuerpo de médicos especializados en la práctica de la medicina legal,) rodeado de toda clase de prestigios e instituido con todas las garantías necesarias a la eficiencia que puede y debe tener.

Al llegar aquí nada sería más interesante que echar una ojeada a traves de la historia moderna y contemporánea a las distintas organizaciones que en los varios paises de Europa y América se han establecido para auxiliar a la Justicia en la elucidación de cuestiones médicas que entrañan interés para la resolución de problemas judiciales. Voy a tratar de hacerlo brevemente, demostrando incidentalmente que en todas las naciones civilizadas se ha dispuesto algo, en una u otra forma, para garantir el ejercicio de la medicina forense.

En Inglaterra, por ejemplo, el cargo de "coroner" existe desde tiempo inmemorial (algunos lo remontan hasta el reinado de Alfredo en el año 871,) derivándose ese nombre de las palabras latinas *corona,* para significar que era un nombramiento conferido por el Rey; más tarde el cargo se hizo electivo y hoy día la mayor parte de los que lo desempeñan son electos por sufragio, mientras que unos pocos reciben sus nombramientos de manos de alcaldes u oficiales de condado.

Aunque antiguamente cualquier contribuyente podía ser elegido "coronel," en la actualidad, gracias a los esfuerzos de la clase médica inglesa, sólo se eligen a profesionales médicos, quienes por lo regular, desempeñan el cargo vitaliciamente, pero pueden ser destituidos por incompetencia o mala conducta. Son *ex-officio* jueces de paz y están, por consi-

guiente, autorizados para decretar encarcelamientos en casos sospechosos de asesinato. Las facultades de estos magistrados eran muy amplias en la antiguedad; además de dirigir las investigaciones necesarias en casos de muerte violenta, súbita o por algún motivo sospechosas, se les encomandaban las concernientes a incendios, naufragios, tesoros encontrados en mar y tierra y *deodands.* (El término "deodand" se deriva por contracción de las palabras *deodandum* y se aplicaba a cualquier objeto, animal o propiedad personal entregada al Rey y destinada por éste a obras piadosas, a causa de haber motivado la muerte de un ser humano. Según BLACKSTONE semejante costumbre tenía su orígen en las leyes griegas y hebreas que ordenaban la destrucción de cualquier cosa que hubiese causado la muerte de un hombre, implicando de ese modo la noción de castigo del animal u objeto culpable. Se establecían distinciones curiosas acerca de estos "*deodands;*" por ejemplo, si un caballo u otro animal en movimiento mataba a alguien, o si un carro pasaba por encima de un cuerpo hamano el cacarro constituían "*deodands*"; pero nó si la víctima era un niño; si la muerte era causada por una cosa u objeto en reposo, sólo se decomisaba aquella parte de la cosa u objeto que fué causa inmediata de la muerte; así, por ejemplo, si al subirse a la rueda de un carro quieto uno caía y la caída traía consigo la muerte, uno constituía "deodand" más que la rueda en cuestión; pero si el carro en marcha arrollaba a alguien, todo el carro y su carga eran decomisados como "deodand."

Las mismas reglas prevalecían con respecto a buques anclados y buques en alta mar. Semejante costumbre llegó a hacerse impopular; pero no se abolió hasta 1846.

No hay mas que pensar en los graves inconvenientes que traería consigo una ley parecida en los tiempos actuales en que tan frecuentes son los accidentets por parte de los ferrocarriles, vapores, automóvies etc

Al "coroner" se le encargaban tambien en Inglaterra las investigaciones necesarias en casos de rapto, heridas y mutilaciones. Actualmente, sus funciones son más restringidas y, exceptuado las ocasiones en que debe actuar como sheriff''', en ausencia de este funcionario, se limitan a la práctica de investigaciones y diligencias acerca de muertes por violencia, súbitas o por causas desconocidas, muertes de presidiarios y suicidios, incluyeudo en éstos a los llamados "*felo-de- se.*" (Se aplica este término a un suicidio accidental que se realiza queriendo cometer un acto malicioso o punible sobre la persona de otro; así, si al tratar de herir a un sujeto el asaltante cae sobre la espada de su antagonísta, o si al disparar a uno, el el cañón revienta y se hiere así mismo, el individuo en ambos casos ha encontrado su muerte de una manera accidental, cometiendo un "felo-de-se". Durante muchos siglos, prevaleció la costumbre de enterrar estos muertos en plena carretera, después de atravesar el cadáver con una estaca. No se abolió hasta el 1823 en que una

ley del Parlamento decretó el enterramiento 20 horas después de hecha la investigación correspondiente, entre 9 y 12 de la noche y sin hacer uso del ritual cristiano.

En Escocia no existe el cargo de "coroner". El procurador fiscal de cada condado nombra dos médicos que le auxilian en sus investigaciones digo de instrucciones especialmente preparado por el agente de la Corona, residente en Edimburgo.

En los Estados Unidos se ha conservado el cargo de "coroner" desde los tiempos coloniales y hoy existe en todos menos seis, a saber: Texas, Vermont y Utah, en los cuales sus deberes son desempeñados por jueces de paz; en Massachusetts, Connecticut y Rhode Island existió el cargo hasta el 1877 en que lo abolió el primero y poco despues los otros dos, creándose en los tres los puestos de examinadores médicos acerca de los cuales nos ocuparemos más adelante. En los demás estados el cargo de "coroner" apareja casi las mismas funciones que en la madre patria, habiendo, sin embargo, algunas diferencias. Así en Indiana, por ejemplo, no existe el jurado ante el cual el "coroner" hace sus investigaciones como en Inglaterra; en Alabama, además de sus deberes usuales, tiene el de servir de alcaide de cárcel cuando el "sheriff" está en prisión y sustituye a éste en sus otras ausencias, como dispone la ley británica; en Kentucky debe investigar también los casos de escalamiento; en Mississippi tiene que hacerse cargo de los animales realengos. En varios estados del sur es también mantenedor de la paz y debe atender a motines y otras per turbaciones del órden público; en otros se le ordena hacer investigaciones no sólo en casos de muerte violenta sino tambien en aquellos de heri das graves. En muchos estados el "coroner" es un funcionario puramente judicial que se asesora con médicos examinadores nombrados por él mismo en unos, por las autoridades del condado en otros y por las del Estado en otros más. En Massachusetts, como ya dije antes, estos "medical examiners" han sustiuido al "coro ner" y al coroner especial desde que se promulgó el estatuto de 1877 en virtud del cual el Gobernador nombra, por un período de 7 años, dos para el condado de Suffolk (Boston,) con un sueldo anual de $4.000 cada uno, y los necesarios para los demás condados según su población, existiendo hoy día 73 o sea uno por cada 38.000 habitantes; estos últimos no tienen sueldo fi o: el condado les abona $5 por un reconocimiento sin auptosia, $30 por reconocimiento y auptosia, y los gastos de viaje necesarios; además, desde 1898 se nombra un auxiliar, tambien médico, para cada "examiner." Rhode Inland y Conneticut han adoptado un sistema parecido.

En los países europeos la organización de los servicios médico-forenses es muy distinta a la que prevalece en Inglaterra y los Estados Unidos. En Alemania, por ejemplo, hay profesionales especialmente encargados de la práctica de auptosias y otras investigaciones médicas. Lo propio ocurre en Rusia y Dinamarca. En Francia, según el decreto de Noviembre de

1893, las actuaciones médico-legales se confían a profesores capacitados que han obtenido el nombramiento de "expert" y que figuran inscritos como tales en el registro de cada tribunal de primera instancia. Para obtener dicho título se requiere ser de nacionalidad francesa, llevar 5 años de práctica, cuando menos, y residir en el distrito judicial en el cual se ha de prestar servicio.

La facultad de conferir tales nombramientos reside en el tribunal superior y el Procurador general de la República, mediante propuestas hechas por los tribunales de primera instancia a principio de cada año judicial.

En España, por Real Decreto de Mayo de 1862, se organizó el cuerpo de médicos- forenses con funciones permanentes de auxiliares de la administración de Justicia. Hay uno en cada tribunal de partido. Las condiciones que para ser nombrado se requieren por dicho decreto, son las siguientes: el aspirante debe ser español, mayor de 25 años, licenciado o doctor en medicina y cirugía, debe haber ejercido su profesión con buena nota por 2 años a lo menos y acreditar buena conducta moral y profesional; presentará su solicitud en el juzgado respectivo, acompañando los documentos creditivos de su aptitud legal y de las circunstancias que le hagan ser preferido a otros en el nombramiento; instruído el oportuno expediente, el juez de primera instancia lo remitirá al Ministro de Gracia y Justicia por conducto del presidente de la Audiencia territorial respectiva, informando al mismo tiempo uno y otro acerca de las condiciones reunidas por el candidato. Los médicos forenses son nombrados por el ministro, gozan de un sueldo consignado en el presupuesto del departamento de Justicia y no pueden ser separados de sus cargos sino en virtud de expediente gubernativo, oído el interesado.

Vemos, pues, que en todos los países hay, cerca de los tribunales judiciales un funcionario especialmente encargado de ciertas actuaciones relacionadas con el ejercicio de la medicina; este funcionario, llámesele "coroner" como en Inglaterra y muchos de los Estados Unidos, o "medical examiner," como en Massachusetts, o "expert," como en Francia, o "médico forense," como en España, es siempre un perito que necesita reunir ciertas condiciones especiales para que los tribunales lo consideren como tal. No basta ser doctor en Medicina, pues, como muy acertadamente hace observar Vibert:

"La magnitud de las funciones mé-"dico-jurídicas y la grave responsabi-"lidad inherente a las mismas exigen, "de quien pretenda desempeñarlas "con acierto, singular competencia y "especial y esmerada preparación"; y añade luego: "Es erronea la cre-"encia de que no merece estudio con-"creto la medicina forense, por ser "aplicación sencilla a casos particula-"res de los conocimientos de la total "ciencia médica."

Recuerda BROUARDEL como empezaba CHASSIER una recopilación de sus memorias en estas palabras:

"Encargado desde los comienzos de "mi carrera y de mi práctica médica

"de las visitas e informes jurídicos "en Dijon y su distrito, y consultado "de vez en cuando acerca de acusa- "ciones de infanticidio, de homicidio "o de otros casos de heridas o violen- "cias, sometidas a los tribunales, pron- "to me convencí de que a pesar de to- "dos mis estudios, mi asiduidad en "asistir a los cursos de los profesores "más célebres y a las visitas clínicas "de los grandes maestros, quedábame "todavía mucho que aprender para "desempeñar bien las nuevas funcio- nes que me habían encomendado";

"CHAUSSIER es uno de los maes- "tros que han ilustrado la medicina "legal francesa. En su obra se com- "place en recordar que, cuando era "discípulo, dedicóse con ardor a las "investigaciones anatómicas y fisioló- "gicas y sus ulteriores trabajos prue- "ban que nunca abandonó sus prime- "ros estudios; estaba, pues, desde el "principio de su carrera, en posesión "de un método científico riguroso "y sin embargo, con una buena fé "admirable ha confesado públicamen- "te la insuficiencia de sus conocimien- "tos cuando, recién licenciado, la jus- "ticia reclamaba su concurso."

La medicina legal es, como dijo LETAMENDI, una *especialided de especialidades.*

"No es la Física, ni la Química, ni "la Historia natural; no es la Fisio- "logía ni la Higiene; no es la Tera- "péutica, ni la Materia médica, ni la "Patología, general o especial, exter- "na o interna; no es la Obstetricia, "ni la Psicología, ni la Filosofía; pe- "ro, sin embargo, participa de esas "ciencias.

"Todos estos ramos del humano sa- "ber, y otros que pudieran añadirse, "le prestan sus hechos, sus conocimi- "entos, sus principios, para dilucidar "cuestiones que ya se han agitado en "otra parte y para resolver ciertos "problemas de un modo partícular, "desde un punto de vista especial.

"Es, pues, la Medicina legal una es- "pecie de *miscelánea* que se aproxima a la *enciclopedia.*"

Recuerdo los detalles circunstancia- les de un caso célebre ocorrido en el estado de Michigan hace ya algunos años, caso que refleja tan fielmente las escabrosidades que trae consigo el ejercicio de esta especialidad, que me voy a permitir referirlo tan suscin- tamente como sea posible.

Dos individuos, A y B marchan len- tamente por una carretera en una mis- ma cabalgadura; A tiene el manejo de las bridas y, al llegar a la bifur- cación del camino, en vez de tomar hácia la derecha, como debiera pues era la dirección que llevaban, torna hácia la izquierda, muy pausadamente. B se apercibe del cambio, pero no quie- re objetar nada hasta ver si A reco- noce su equivocación y rectifica, vol- viendo sobre lo andado. Nota, sin embargo, que, al hablarle, no le con- testa A; observa con sorpresa que éste se tambalea y cae súbitamente del ca- ballo arrastrándolo a él también en su caída. Se admira de encontrarle muerto, denuncia el caso e intervie- ne las autoridades judiciales quie- nes decretan el arresto inmediato de B y la auptosia del cadáver de A. Esta la practica poco después de la ocu- rrencia, un patólogo experimentado,

quien dictamina que la causa de la muerte ha sido una hemorragia intracraneana por rotura de una de las arterias meníngeas medias; en su informe hace constar que no pudo determinar, juzgando por sólo su aspecto macroscópico, lesión alguna en las meninges, en la masa cerebral, ni en ninguna de las otras víceras, ni siquiera nada anormal, apreciable a simple vista, en las túnicas de la arteria desgarrada.

Estas manifestaciones, lejos de satisfacer a las autoridad jurídica encargada de la instrucción del proceso, siembran en su ánimo sospechas, a su juicio bien fundadas, acerca de cuál pudo ser la causa de la hemorragia que determinó la muerte súbita de A; era natural que pensara en la responsabilidad de B como autor de un atentado que produjo la caída y, por consecuencia de ésta, el derrame sanguineo y la muerte de A. La disyuntiva era forzosa: o la caída fué el resultado de la hemorragia, en cuyo caso la muerte había sido natural, o fué la hemorragia una consecuencia de la caída, y entonces la muerte parecía ser violenta. El problema era como se ve interesantísimo, no sólo bajo el punto de vista médico, sino también en cuanto a la supuesta responsabilidad de B. ¿Había sido éste el autor de un crímen o simplemente testigo presencial de un fallecimiento accidental ocurrido naturalmente, sin violencia de ninguna clase.? Y como nadie más pudo testificar, el representante de la vindicta pública apeló al auxilio de peritos médicos, proponiéndoles la cuestión en términos parecidos a estos; existe algún medio complementario para poder determinar con exactitud si ha sido natural o nó la muerte de A? Se le contestó que el exámen microscópico de las visceras y de la arteria rota podría arrojar algo en el proceso. Ordenó que se procediese al mismo. El resultado de esta investigación fué el siguiente: en varios cortes de substancia cerebral se encontraron numerosos cristales de hematoídina, que indicaban, con toda probabilidad, la ocurrencia anteriormente de hemorragias pequeñas, extravasaciones microscópicas o poco menos, que aparentemente no dieron lugar a síntomas de ninguna especie; además, las pequeñas arterias de la base del cráneo eran asiento de un proceso esclerósico bastante avanzado y los túnicas del vaso roto mostraban los cambios hitológicos que caracterizan a la arteriosclerosis.

Se vino entónces en auxilio de los datos conmemorativos: recordóse lo declarado por B respecto a la indecisión de A al desviar su curso (aura seguramente de derrame); se tomaron en consideración las manifestaciones de algunos familiares relativas a cambios de carácter últimamente observados en A (debidos, sin duda, a trastornos circulatorios cerebrales) y finalmente se averiguó de un modo fidedigno, que el interfecto había contraido sífilis unos años antes.

El diagnóstico estaba, pues, claro: la muerte da A fué natural y obedeció a una hemorragia encefálica determinada por rotura de una arteria meníngea, a consecuencia de arterioesclerosis de orígen sifilítico.

Este caso, sumamente instructivo, ilustra cómo se hicieron uso de conocimientos diversos, anatómicos y anatomo-patológicos, histológicos, químico-micográficos y etiológicos para una indagación que, sólo apreciándolos todos en su debido valor y habida cuenta de sus limitaciones, pudo así resolverse.

Porque no basta, como observa BROUARDEL, "una erudición científica extensa; es preciso, además, "saber aplicar los conocimientos de "medicina general a esta forma especial de la medicina, y hacer uso de "so método propio, diferente de los "habituales procedimientos de la medicina clínica ordinaria"; y ese método propio, ya lo dice más adelante, es la *demostración.* "Debe decir (el perito) que tal "hecho es cierto, que está probado "que tal accidente ha tenido por causa directa tal o cual hecho, que la "víctima ha sucumbido por tal lesión "producida por tal arma o aquel golpe, o bien que no es posible probar "que las cosas ocurrieron así".

Solo un verdadero perito puede expresarse en términos tan enfáticos o, mejor dicho, puede afirmar su demostración con el énfasis necesario.

Si la índole especial de las cuestiones tratadas por el perito médico le permite sentar afirmaciones incontrovertibles en la gran mayoría de los casos; si, como dijo Ambrosio Paré " los magistrados siempre resuelven de acuerdo con los informes periciales," es evidente que éstos han de tener por norma la verdad científica tan suficientemente demostrada como sea posible, para que de ese modo no queden dudas en ninguna naturaleza (que nunca debe haberlas) y, sobre todo, no pueda ni aún sospecharse de la parcialidad del perito.

En resúmen, el perito médico para llenar cumplidamente las delicadas funciones que por ministerio de la ley está llamado a desempeñar, debe ser un profesional versado en conocimiento mediante rigurosa oposición de todas aquellas cuestiones médicas acerca de las cuales es su cometido informar a jueces y jurados.. Debe ser un hombre honrado, de intachable conducta moral, íntimamente compenetrado de la responsabilidad grave que apareja el cumplimiento de aquellas funciones, absolutamente imparcial y sin más objetivo que el esclarecimiento de la verdad científica en todos los casos y su demostración cuando se pueda.

Lo ideal, a mi juicio, sería hacer del perito médico un funcionario permanente adscrito a la administración de Justicia, que obtenga su nombramiento mediante rigurosa oposición, inamovible, excepto a virtud de formación de expediente por negligencia u otra causa justa, pero siempre despues de oir la defensa del interesado, y finalmente, que goce de un sueldo oficial proporcionado a la magnitud e importancia del trabajo que ha de desempeñar.

De ese modo quedarían garantidos: para la sociedad, la eficiencia de los servicios médicos en las actuaciones legales que los requieran, y para el forense, su estabilidad en un puesto ganado después de demostrar su sufi-

ciencia y la compensación pecuniaria a que es acreedor.

* * *

Hay que considerar otros dos aspectos de la cuestión, lo suficientemente importantes para que les dediquemos siquiera algunas líneas.

En múltiples casos y actuaciones médico-legales el perito no puede decidir acerca del asunto sometido a su competencia sin el auxilio de ciertos recursos especiales que sustituyen o completan las impresiones recibidas por sus sentidos. Una mancha sospechosa de sangre o esperma o meconio, por ejemplo, necesita para su investigación la ayuda del microscópio y de reactivos químicos. A veces es preciso determinar el carácter de un flujo purulento o precisar el orígen de ciertos pelos o averigüar las alteraciones histológicas que tal o cual pieza anatómica encierre. En todos estos casos el perito se vé obligado a recurrir a investigaciones de laboratorio que él mismo puede practicar algunas veces, pero en otras ocasiones tiene que confesar su inexperiencia o la fata de medios, o ambas para realizarlas. Como ejemplo de estas últimas no tengo sino que referirme a los diversos análisis químicos que hay necesidad de practicar muchas veces en vísceras de sujetos envenenados y a las reacciones de precipitación con los distintos sueros animales que permiten hoy día precisar el orígen de una mancha sanguínea. Estas son investigaciones que no pueden exigirse al médico forense, pero que de ningún modo deben dejar de practicarse por ser sumamente indispensables para el esclareciminto de un caso dado

El problema se ha solucionado en algunos paises con la instalación y mantenimiento de laboratorios médico-legales; por ejemplo, los de Madrid, Barcelona y Sevilla, en España, centros adecuadamente equipados para los trabajos especiales que en ellos han de efectuarse.

El otro punto a que deseo referirme brevemente es el de la colección y custodia en las cortes judiciales de los diversos objetos procedentes de actos delictuosos. Tales museos médico-legales o de criminología, como se les llama, prestan servicios de gran utilidad en la dilucidación de múltiples cuestiones. Le permiten al forense *demostrar* objetivamente sus dictámenes y a jueces y jurados apreciar de una manera más evidente y palpable hechos e interpretaciones de hechos que de otro modo pueden no ser suficientemente estimados. Además hay que tener en cuenta la misión educadora general de esas colecciones. Su existencia estaría, pues, perfectamente justificada y en general deben crearse y fomentarse adecuadamente. Armas de todas clases, huesos de esqueletos humanos y animales, piezas anatómica normales y patológicas, demostrativas de lesiones fácilmente apreciables a la simple vista, especímenes de escritura de locos y de sujetos moribundos, preparaciones microscópicas de pelos y sangre de diversas procedencias, de cristales espermáticos, de exudados y flujos vaginales, menstruales, *post-partum, post-abortum,* etc.; todo esto puede constituir el núcleo de tales museos cuyo enri-

quecimiento progresivo se obtiene con el material qu sirve de objeto a las actuaciones en que el perito médico interviene.

* * *

Entiendo que para la organización de un cuerpo médico-forense en Puerto Rico en condiciones tales que reuna las mayores garantías de éxito, sería provechoso copiar y adoptar todo lo bueno que haya en la legislación referente a este servicio en los distintos países y principalmente en aquellos más similares al nuestro por sus tradiciones, razas, idioma, costumbres y demás circunstancias. Esta debería ser tarea de una comisión especial de la Asociación Médica, que lo propondría a la Asamblea Legislativa en la forma de un ante-proyecto de ley.

El plan que paso a bosquejar someramente es el resultado de mis observaciones sobre el asunto. Está calcado en las legislaciones francesas y española y adaptado, hasta donde me lo han permitido mis escasas facultades, a las condiciones aquí imperantes. Con vuestra venia paso a darle lectura:

I.—El cuerpo médico-forense de la isla de Puerto Rico se compondrá de funcionarios auxiliares del Departamento de Justicia y adscritos, con carácter permanente, a las cortes de distrito y municipales.

II.—El ingreso en este servicio se hará mediante oposición que habrá de verificarse ante la Comisión del Servicio Civil o ante una comisión especial nombrada por el Procurador General o el Tribunal Supremo. Los aspirantes deberán ser mayores de 25 años de edad,doctores o licenciados en Medicína y Cirujía, con 5 o más años de práctica y con autorización para ejercer en Puerto Rico, en cuyo territorio deben haber residido con 2 años a lo menos de anterioridad; acreditarán su buena conducta moral y profesional mediante los certificados que a este respecto se exijan, y sufrirán un exámen teórico comprensivo de las siguientes materias: Antropología criminal, Frenopatía, Traumatología, Asfixiología, Neurología, Obstetricia, Teratología, Toxicología y Tatología médico-legal y pruebas prácticas de Microscopía, Histología e Histoquímica y Serologia, en sus aplicaciones forenses, y redacción de documentos periciales. La comisión calificadora propondrá el nombramiento de los aspirantes en el órden que éstos ocupen de acuerdo con el promedio por cada uno obtenido.

III.—El Procurador General (o el Tribunal Supremo) nombrará de entre la lista de candidatos recomendados, un médico forense para cada distrito judicial, que residirá en la misma población en que radique la corte del distrito y que disfrutará un sueldo anual no menor de $1.500 y un médico forense auxiliar que residirá en otra de las poblaciones del distrito y recibirá un sueldo anual no menor de $1.000. Ni uno ni otro podrá ausentarse del distrito de su residencia sin licencia del juez de la Corte del mismo que no podrá concederla por más de diez días o del Procurador general que podrá concederla por el tiempo que estime conveniente. En ambos casos propondrá para sustitu-

irle durante su ausencia a un médico que resida en la capitalidad del distrito, cuando se trate del médico-forense, o en cualquier otro pueblo del distrito, cuando se trate del auxiliar. Esta disposición se aplicará igualmente en caso de enfermedad.

IV.—Los médicos forenses y sus auxiliares serán inamovibles en el desempeño de sus cargos. Sólo podrán ser separados en virtud de expediente incoado por el juez o fiscal del distrito en que residan o por el Procurador General, después de oir al interesado Entenderán en la práctica de autopsias, reconocimientos de heridas, etc. y en todas aquellas diligencias médicas que les encomiende el fiscal del distrito, el juez de la Corte de distrito y los jueces municipales y de paz de las poblaciones sobre las cuales tiene jurisdición la ante dicha Corte. En las urgencias procesales y en defecto del médico-forense o de su auxiliar, los funcionarios antes mencionados podrán encargar a cualquier médico la práctica de las necesarias diligencias hasta la comparecencia de uno de los forenses, y en esos casos los médicos cuyos servicios sean así transitoriamente utilizados cobrarán de acuerdo con el arancel hoy en vigor. Tanto los médicos forenses y sus auxiliares como cualquier profesional que haya de utilizarse según queda previsto, devengará en concepto de gastos de viaje, cuando tenga que trasladarse fuera de su residencia, las dietas asignadas a otros funcionarios del Gobierno.

V.—En los casos de reconocimiento de heridas u otras lesiones, el deber de los forenses se concretará a la inspección, exploración y práctica de la primera cura. En las curas sucesivas no intervendrá a menos que el lesionado quiera utilizar los servicios del forense o de su auxiliar como médico particular; si el lesionado es insolvente, el médico de beneficencia municipal deberá hacerse cargo de su asistencia; si ingresa en la cárcel o en un hospital, será asistido por el médico del establecimiento; siempre, sin embargo, deberá el médico forense o su auxiliar conservar la vigilancia del caso hasta su curación o muerte y si en algunas ocasiones desaprobase el tratamiento o plan curativo adoptado por el médico de cabecera y no consiguiesen ponerse de acuerdo con este, darán parte a la autoridad judicial competente.

VI.—Las disposiciones del artículo anterior se entenderán igualmente aplicables a los casos de envenenamientos.

VII.—En los casos de reconocimientos de presuntos alienados en que el médico forense lo estime necesario o conveniente, podrá proponer a la autoridad judicial que le haya ordenado el reconocimiento, la traslación del sujeto sospechoso al Manicomio insular para su observación o reclusión. El procedimiento que actualmente rige en la materia debe ser abolido en cuanto respecta a la resolución del caso por un juez o jurado.

VIII.—Para la práctica de auptosias y de exhumaciones médico-legales los municipios proveerán locales en condiciones *ad hoc* y será deber del practicante de beneficencia municipal ayudar al médico forense en la práctica de estas operaciones.

IX.—Cuando a juicio del médico forense o de su auxiliar haya necesidad de practicar análisis químicos o microscópicos u otras investigaciones de laboratorio que ni uno ni otro puedan verificar, darán parte a la autoridad judicial, que deberá ordenar el envío del líquido o substancia sospechosa o de la pieza anatómica, etc. al laboratorio químico del Departamento de Sanidad, en cuyo centro habrá un químico auxiliar especialmente dedicado a estos trabajos de química y microscópia médico-legales. En cada caso el médico forense indicará el origen, la naturaleza sospechosa y demás circunstancias concernientes al cuerpo cuyas investigación o análisis interesa.

X.—Las autoridades jurídicas concederán al médico forense un tiempo prudencial para evacuar sus informes y consultas, le permitirán designar las horas que estime más oportunas para la práctica de reconocimientos, autopsias, etc; no le retendrá en la celebración de juicios orales sino el tiempo necesario para la prestación de sus declaraciones periciales, todo ésto, desde luego, siempre que sea compatible, a juicio de las mismas autoridades, con la buena administración de justicia.

XI.—Los médicos forenses no podrán actuar como peritos en la esfera penal sino como se ha prescrito anteriormente, ésto es, en virtud de mandamiento de una autoridad competente, nunca a petición de parte interesada; podrán ser requeridos como peritos en cuestiones de naturaleza civil, pero actuarán en estos casos como médicos particulares empleados por una u otra de las partes litigantes y devengarán los honorarios que convengan con ésta.

XII.—En cada corte de distrito habrá un museo de criminología a cargo del médico forense respectivo, quien actuará como preparador y conservador del material del mismo. Dichos museos consistirán en colecciones de armas e instrumentos contundentes de todas clases, cráneos y huesos humanos y animales, piezas anatómicas, fetos de distintas edades y en general de todos aquellos objetos que puedan ilustrar a la justicia y los cuales serán obtenidos por el médico forense del material que caiga bajo su jurisdicción, como cuerpo de delito, en los distintos casos en que intervenga. Se asignará una cantidad inicial para los gastos de instalación de tales museos y otra anual para los que originen su fomento y conservación.

No pretendo en modo alguno haber hecho un estudio acabado acerca de la organización en Puerto Rico de un cuerpo de médicos forenses, cuya necesidad es bien sentida. Me conformo con sólo haber trazado las líneas generales de un plan que tal vez pudiera servir de base a un desarrollo más amplio y mejor meditado y expuesto, que otro más competente podría intentar y darle cima.

Había prometido, al empezar, ocuparme del aspécto ecocómico del problema; pero ya este trabajo ha tomado alguna extensión y no deseando cansar más tiempo a la asamblea, prefiero dejar para otra ocasión la consideración de ese tópico.

FIEBRE PERNICIOSA.

LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO TEMPRANO MEDIANTE EXAMEN HEMATOLOGICO CLINICO.

POR EL DR. VERGNET CASTELLO

Le caractére le plus précieux, le seul qui permette d'affirmer la nature palustre des accidents, est fourni par l'examen du sang.
Traité du Paludisme.
Laveran.

La fiebre perniciosa, por la variedad de síntomas con que se presenta, y por la mortalidad enorme que apareja, podría considerarse como una entidad patológica *per sé*. Y si no fuera porque eminentes investigadores en el campo ilimitado de esta enfermedad, tales como Laveran, Manson, Dea derick, Rogers, Ross, Crespin, Pressat, Craig, Phlen y otros muchos, han comprobado ser una forma maligna de malaria, y yo mismo así lo he observado en 125 casos, sostendría la teoría de que detrás del parásito de Laverán, escudado bajo esa máscara, se halla otro parásito perteneciente a la misma familia, pero más, mucho más temible y de una virulencia mucho mayor.

CLASIFICACIÓN.

En mi opinión la clasificación de las fiebres perniciosas más adecuadas, es la clásica de Torti que las divide en dos clases, a saber:—

Fiebre perniciosa *Solitariae*, o sea aquella en que la gravedad resulta de la continuación o de la naturaleza aguda de los síntomas ordinarios; fiebre perniciosa *Comitatae* cuando la gravedad proviene del predominio de un síntoma o de la conjunción de fenómenos anormales.

FRECUENCIA.

Las fiebres perniciosas son muy frecuentes en los meses de septiembre, octubre y noviembre en particular, y durante los últimos seis meses del año. Muy raras durante los primeros seis meses.

RAZA.

La inmensa mayoría de casos ocurren en la raza blanca. La raza de color disfruta de cierta inmunidad, pues en los casos en que la ataca, no manifiesta la virulencia que guarda para las personas de raza blanca. Sin embargo, uno de mis casos, que más adelante citaré, de suma virulencia y fatal terminación, ocurrió en un individuo de la raza de color. El siguiente es el resúmen de mis casos en cuanto a raza:

Negros	7
Blancos	118
Total	125

SEXO.

En los niños, las mujeres son más propensas que los varones. En los adultos, los hombres llevan la mayoría.

Varones	48
Hembras	77
Total	125

Adultos.—

Hombres	33
Mujeres	21

Niños.—

Hombres	15
Mujeres	56

MORTALIDAD.

En las verdaderas formas de fiebre perniciosa, tal como ocurren y co-

mo yo las he observado y estudiado en nuestros campos, la mortalidad es enorme cuando no se acude a tiempo, o cuando no reciben asistencia médica persistente. Cerca de un 95 por ciento mueren. En aquellos casos privados de asistencia médica, en absoluto, la muerte es la terminación en todos los casos.

Procediendo con arreglo a esta convicción, es rutinario en mí, siempre que soy llamado a asistir un caso de esta índole, insistir con los familiares del paciente, para que sin pérdida de tiempo lo trasladen al Hospital o Cuarto de Socorro del pueblo. Y de paso diré, no solamente en relación con esta enfermedad, sino con todas en general, que mientras cada pueblo de la Isla no cuente con un hospital adecuado, todo lo que se haga para disminuir la mortalidad en Puerto Rico, será labor estéril.

FACTORES EN LA PRODUCCIÓN DE FIEBRE PERNICIOSA.

Causas extrínsecas:

En las poblaciones donde existe endémica la malaria, se observa la frecuencia de esta enfermedad en los días de sol que suceden a los de lluvias torrenciales. En Barceloneta ocurren cada vez que se lleva a cabo una limpieza general de la población, como sucedió en agosto del 1911, en julio de este año después de la limpieza con motivo de la Peste Bubónica, y en el pasado noviembre después del "Día de Limpieza." Durante esta última limpieza, hubo necesidad de cubrir de tosca varios sitios y solares del pueblo donde el agua se estancaba. Y los vecinos han observado que cada vez que se distribuye esta tosca en el pueblo, empiezan a parecer los casos de fiebre perniciosa.

Construcciones:

Las grandes construcciones, tales como vias férreas, caminos, carreteras, centrales, etc., son seguidas por epidemias de esta enfermedad. Cada vez que la Plazuela Sugar Co. emprende una construcción de la índole citada, reanuda su obra de destrucción el parásito temible. Ahora está pasando con la vía de Florida. Este era uno de los barrios de Barceloneta respetado por él. Rara vez ocurría allí un caso. Pero desde que empezaron los trabajos de dicha vía, ocurren diariamente.

Inundaciones y crecientes de los ríos:

Estas influyen grandemente en la producción de la fiebre perniciosa. Antes del ciclón de San Ciriaco, en Barceloneta no se registraban los casos de hoy. Estos empezaron después de una gran inundación del río "Manatí" a raíz de la tormenta. Y ahora, periódicamente, después de las crecientes, es cuando aparecen en mayor número.

Causas intrínsecas.

Generalmente, las formas más graves de fiebre perniciosa ocurren en personas que han tenido o han padecido anteriormente de ataques de malaria de los cuales no se han curado completamente. Pero hay casos en que el primer ataque de malaria es de forma perniciosa, y esto sucede con mayor frecuencia en los niños y adolescentes, rara vez en los adultos. Exposición a una temperatura muy baja,

o a los ardores del sol, como sucede en los que trabajan al aire libre, la impresión de un baño, una emoción muy fuerte, o el exceso de trabajo mental, son causas que preparan el terreno para una violenta infección. Después de operaciones quirúrgicas, fracturas, heridas, son frecuentes los ataques de fiebre perniciosa. Por último deseo recalcar la frecuencia, y más que la frecuencia, la gravedad extrema de esta enfermedad en dos procesos patológicos y en un proceso fisiológico, por su órden:—Otitis Media, Puerperio y Sífiles. Sobre esto trataré mas adelante.

EXAMEN HEMATOLÓGICO

En los 125 casos que he tenido bajo tratamiento en el curso de dos años, los cuales he observado cuidadosamente, y en todos he examinado la sangre, en algunos repetidamente, he obtenido el siguiente resultado:—

CLASE DE PARASITOS.

La forma más frecuente es la estivo-otoñal, los parásitos jóvenes, que en los ataques más virulentos asumen la forma de un cayado muy fino y pequeño. Estos son más numerosos que en las fiebres tercianas, pues algunas veces he encontrado hasta seis parásitos en una célula. Con respecto a los semilunares, mi experiencia humildísima, es contraria a las aseveraciones de célebres investigadores como Manson, Celli y otros, quienes sostienen que la forma antedicha no es pirogénica. En tres casos de fiebre perniciosa de forma muy grave, uno de ellos fatal encontré solamente semilunares, de forma grande, y en abundancia. Pero en cambio en cinco niños he encontrado los semilunares, en gran número, sin que su presencia causura en ellos otra cosa que una caquexia profunda y fiebre diaria. En cuanto a los parásitos de forma terciana y cuartana, he observado dos casos en que los grandes parásitos de forma terciana dieron lugar a ataques de perniciosa, y cuatro en que los de la cuartana causaron lo mismo.

NÚMERO DE PARASITOS.

La ley de Golgi, de que la gravedad del ataque está en razón directa al número de parásitos hallados en la sangre periférica, ley apoyada por el gran investigador Deadrick, en su clásico Tratado de Malaria, no rige en las fiebres perniciosas de este país. Muy al contrario, *cuanto menos parásitos se encuentren en la sangre periférica, más, y mucho más profunda y violenta es la infección.* Y en aquellos casos en que no se encuentra ninguno, y en los cuales, por *otros findings* patológicos en la misma sangre, puede asegurarse que se está lidiando con un caso desesperado, en el que todas las vísceras están bañadas por las virulentas toxinas del terrible invasor.

FINDINGS HEMATOLÓGICOS EN QUE PUEDE BASARSE UN DIAGNÓSTICO SEGURO DE FIEBRE PERNICIOSA.

No confiéis jamás en hallar los parásitos de fiebre perniciosa en un ataque grave de forma comatosa, de estado tifóideo así llamado, de forma hemorrágica, de forma meningo-cerebral, o de forma coleriforme, etc., esto es, en el período agudo. Frustadas vuestras esperanzas, caeréis en el error de diagnosticar el caso como un

proceso debido al bacilo de Eberth. Pero en cambio, en todas las formas virulentas de fiebre perniciosa, la sangre tiene siempre dos características que jamás faltan. Uno, el principal, es la presencia de unas células rojas, de contornos perfectamente definidos, y de color grisáceo, mas oscuro en el centro que en la periferia. Y son estas células las que están en razón directa a la gravedad de los síntomas. Mientras mayor número de ellas aparezcan, mucho más grave será la enfermedad. No son las células cobrizas descritas por los investigadores italianos, pues estas últimas se encuentran en los ataques benignos de malaria, y aquellas nunca. El otro, es la intensa hemolisis de que son víctimas las células rojas, y aún las blancas. En el specimen de un caso de esta índole, se advierte al momento el estrago efectuado en los eritrocitos, los que aparecen completamente desmenuzados y la hemoglobina arrastrada sobre la lámina de cristal. Y esta hemolisis intensa, no observada en ninguna otra infección, contrastando vigorosamente con las células rojas de gran tamaño, intactas, de contornos perfectamente delineados, forman el cuadro hematológico de la fiebre perniciosa.

TOXINAS.

He dejado esta importantísima fase para lo último, con el fin de ilustrarla y explanarla de cerca con los casos clínicos. En Barceloneta, ha despertado poderosamente mi atención el hecho de que en distintos barrios ocurren casos de fiebre perniciosa, con caracteres clínicos exclusivos a uno solo. Es indudable que estos procesos morbosos, muy oscuros todavía apesar de lo generalizada que está esta enfermedad, y de lo mucho que se ha investigado, el principal factor en la producción de la virulencia, las toxinas, tiene distintas y especiales afinidades para ciertos órganos y que estas predominan o son exclusivas a un solo sitio. Por ejemplo en el barrio de Palmas Altas, la peculiaridad clínica es la del estado tifóideo así llamado, cuya secuela en casos tratados a tiempo y cuidadosamente, es invariablemente la enagenación mental. Lo mismo ocurre en el barrio de Sabana-Hoyos, donde he tenido cinco casos, entre ellos uno que tuvo dos ataques de fiebre perniciosa y que hoy se encuentra en el Manicomio. Esta forma ataca mas frecuentemente a los niños de alguna edad y a las mujeres adultas.

CASOS CLINICOS.

Juana Vargas, de 18 años de edad, blanca, antecedentes de familia negativos. Hacía cerca de tres meses que venía padeciendo de *calenturas de frío.* El día anterior después de haberse bañado en el mar empezó a quejarse de fuerte dolor de cabeza y mareos. Se acostó y como a la hora tuvo vómitos de color negruzco, cayendo después en letargo profundo en que la encontré. Pupilas muy dilatadas, corazón normal pero muy débil, pulmones e hígado normales. Bazo muy recrecido y de consistencia dura a la palpación. Pulso 150 por minuto, temperatura 41.2.

El exámen de la sangre dió el siguiente resultado: anillos finos de es-

tivo otoñal presentes pero escasos; células rojas grandes, numerosas; hemolisis no muy marcada. Tratamiento, inyección de quinina de un gramo y otra de un gramo de cafeína, benzoato. Al siguiente día la temperatura había decendido a 39.2, el pulso mejorado, pero no así el estado cerebral. Otro análisis de sangre dió el siguiente resultado: parásitos ausentes; células rojas grandes, todavía presentes en gran número. Se administraron las mismas inyecciones que se repitieron diariamente. La fiebre no decendió a 37 hasta el sexto día. El séptimo día, ya sin fiebre y al parecer convaleciente, la enferma fué atacada de convulsiones muy violentas que duraron dos días, al cabo de los cuales pasó a un estado de enagenación mental en el que aún se encuentra.

Es digno de observarse que en este caso no hubo convulsiones al principio de la enfermedad y sí después.

Pedro Vázquez, de 14 años de edad, blanco, antecedentes de familia negativos. Hacía cinco años que padeciera de un ataque de *tifo* según declaró la madre, y del cual estuvo muy grave curando en doce días. Hacía un mes que venía padeciendo de calenturas *ardientes*. Estando trabajando el día anterior desyerbando caña cayó un gran aguacero que le obligó a retirarse a su casa por estar completamente mojado y tiritando. Tan pronto como se acostó empezó a padecer violentas convulsiones cayendo después en un profundo letargo. Cuando lo ví tenía una temperatura de 40.7 y síntomas iguales al anterior. El exámen de la sangre demostró la presencia de grandes semilunares y de células rojas grandes. Idéntico tratamiento. A los nueve días el paciente estaba sin fiebre. A los dos días sin elevación de temperatura entró en un estado de irritabilidad cerebral del que pasó a otro de afasia parcial en el que aún se encuentra. No sabe como se llamaba y dice que no recuerda donde vivía antes, aunque sabe que yo soy el médico que lo curó una vez sin saber cómo ni cuando. Estos dos casos viven en Palmas-Altas.

En el barrio Garrochales, el síntoma predominante es el apoplético; y, otro muy raro, porque ataca a manera de una parálisis de las cuerdas vocales, y que es casi siempre fatal, igual que el primero, o sea el apoplético.

CASO CLINICO.

Inés Quiñones, de 18 años de edad, blanca, casada, antecedentes de familia negativos. No había padecido de calenturas anteriormente, hasta el diez y nueve de noviembre en que tuvo un gran escalofrío, seguido de una fuerte calentura y pérdida de lo voz. Cuando la ví, dos días después, tenia 40 grados de temperatura, pulso frecuente y pequeño, un poco de díspnea, y rigidez de los músculos faciales. Las pupilas dilatadas, pero sin otros síntomas cerebrales. Me costó un gran trabajo vencer la resistencia de los músculos faciales pero pude hacer un exámen de la garganta, el que dió resultado negativo. El análisis de la sangre demostró la presencia de algunos anillos de estivo-otoñal, y un gran número de las células ya citadas. Clínicamente, lo

más importante de este caso era la intensa adinamia. Después del tratamiento químico hipodérmico, aconsejé el traslado de la paciente al Hospital, lo cual no se efectuó. La paciente falleció ocho días después.

Otros síntomas predominantes en el barrio Islote, de Arecibo, y cosa rara, también en otro sitio, situado en el mismo nivel, pero formando parte del barrio Garrochales, es el de completa supresión de orina y violentas hemorragias antes de la muerte.

CASOS CLINICOS.

Marcelino Freíta, vecino del Islote, Arecibo, de 22 años de edad, de oficio labrador, antecedentes de familia negativos. Hacía cuatro meses que padecía de calenturas de frío, que se curaba con píldoras de quinino.

Pero en los 20 días atrás contados desde el comienzo de la enfermedad, no había tenido fiebre. Cuando fuí llamado para asistirle, contaba dos días de padecimiento, tenía 41 grado de fiebre, y no había orinado. Estaba en un estado de sopor profundo, y no conocía a sus familiares. Dilatación marcada de las pupilas. Todos sus órganos normales, con excepción del bazo que era asiento de un gran infarto. Fué cateterizado, pero sin encontrar una gota de orina. La vejiga no presentaba ningún tumor. Pero después de una enema purgante, se alivió un poco y orinó, aunque no en abundancia. Teniendo en cuenta el detalle de haber padecido de calenturas, le administré una inyección de un gramo de quinina, y otra de estricnina. Obtuve un especimen de sangre, que analicé al siguiente día, encontrando grandes semilunares en abundancia, pequeños anillos que se hallaban distribuídos en pocas células pero en gran número, hasta seis en cada célula, y parásitos adultos de fiebre terciana.. En este caso, las grandes células rojas estaban en minoría. Al siguiente día, la fiebre subió a 41. 6, y el paciente empezó a tener profundas hemorragias de todas las mucosas, hemoptisis, epistaxis, hematemesis muy abundante, por los oídos, recto, etc. Sobre la región esplénica se veía una extensa equimósis. Y tres horas después murió, si haber vuelto un momento del estado soporífero que iniciara esta violenta septicemia.

Teodora Martinez, de 16 años de edad, mestiza, antecedentes de familia negativos. No había menstruado todavía. Padecía de caquexia, y por esta causa fué traída a mi oficina, donde le analicé la sangre, encontrando los pequeños semilunares. Fué tratada de acuerdo. Ocho días después fué acometida de una fiebre con violentos escalofríos, seguida de vómitos y supresión de orina. La vejiga en este caso tampoco tenía orina. Pero después de administrar una enema purgante y una poción diurética, orinó, pero para ser seguida de ascenso de la temperatura y muerte dos horas después. En este caso solo hubo una pequeña hemorragia, hematemesis, antes de morir. Y en el segundo análisis de sangre encontré una profunda hemolisis, cuatro o cinco anillos, y un número considerable de las grandes células rojas.

IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO MEDIANTE EXAMEN HEMATOLÓGICO.

Los casos citados anteriormente terminaron con la muerte; ocurrieron en el campo, donde no era posible el auxilio necesario y someterlos a una contínua vigilancia. En cambio, en el pueblo, donde han ocurrido casos verdaderamente sospechosos, es donde el exámen de la sangre me ha prestado los medios de arrebatar muchas vidas al terrible parásito. Porque, como he dicho antes, esta enfermedad se presenta bajo síntomas tan complejos que solamente el exámen hematológico, puede disipar las titieblas y salvar la vida al paciente. Para abreviar, ilustraré con los siguientes:

CASOS CLINICOS.

José Gonzalez, meztizo, de 14 años de edad. Fué traído al Hospital como a las 7 de la noche, en un estado comatoso, idéntico al que resulta de una concusión cerebral.

Los siguientes informes fueron obtenidos en la oficina de Plazuela Sugar Company. "El muchacho había intentado subirse a una locomotora en marcha, recibiendo un golpe en la cabeza, que lo lanzó a tíerra, de donde fué recogido sin conocimiento." Síntomas: Pupilas muy dilatadas, no reaccionaban a la luz. Las piernas dobladas sobre el vientre, todo el cuerpo recogido en sí mismo, asumía la forma de una pelota. El pulso frecuente y pequeño. Temperatura sub-normal, 35 grados. No presentaba lesión alguna aparente. El bazo un poco recrecido. Lo tuve en observación hasta las nueve de la noche en que llegó la madre y me informó que el muchacho estaba padeciendo siempre de calenturas de frío. Hasta entonces había creido estár lidiando con un caso de fractura del cráneo, pues había tenido vómitos profusos. Pero en vista de los informes de la madre comencé a alimentar dudas. Obtuve un espécimen de sangre, y ordené un gorro de hielo a la cabeza. Examinada la sangre, encontré una profunda hemolisis y gran cantidad de las células dichas, pero no parásitos. Ese día el paciente registraba una temperatura de 40. 6. Inmediatamente le administré una inyección de un gramo de quinina.

Un segundo análisis de la sangre dió el mismo resultado a las tres horas de la inyección. A las 5 horas se le administró otra inyección de medio gramo. A la hora la rigidez comenzó a desaparecer. A las ocho de la noche, la temperatura era de 38 grados. Otra inyección de medio gramo. Al siguente día por la mañana, no había fiebre y el paciente había recobrado el conocimiento y estaba despejado. Un tercer análisis de sangre denunció le presencia de...... ¡ GRANDES SEMILUNARES Y PEQUEÑOS ANILLOS!! NO HABIA CELULAS ROJAS GRANDES, pero sí grandes parásitos de terciana. El paciente curó completamente.

Y ademas de este podría citar 18 casos en los que, solamente después de tres y cuatro días de repetidos exámenes y de inyecciones de quinina, pude encontrar los parásitos. Todos

de fiebre perniciosa comatosa y de forma sumamente virulenta.

Juan T. Puig, de 30 años de edad, blanco, Inspector de sanidad. Había tenido un ataque de paludismo tenaz cinco años antes. De pronto fué atacado de una fuerte fiebre, sin escalofríos, y pocas horas después de convulsiones tetánicas típicas. El cerebro despejado. Las convulsiones se sucedían frecuentemente. Estaba dominado por una ansiedad profunda, y su rostro reveleba angustia y sufrimiento. Tenía una pequeña herida en la mano derecha que no cicatrizaba. Al momento pensé en administrarle una inyección de suero antitetánico, pero lo diferí para después del análisis de sangre. Y mi sorpresa fué grande al descubrir los finos anillos de estivo—otoñal. Un tratamiento enérgico de quinina por la vía hipodérmica efectuó su curación en 6 días.

Y para terminar, deseo, sin entrar a describir los casos clínicos, hacer resaltar la suma importancia de un análisis hematológico en los casos de fiebre post-partum. Tengo siete casos con toda la sintomatología de fiebre puerperal, en los cuales el análisis de la sangre, comprobó, sin género de duda, que se trataba de fiebre en forma álgida perniciosa. En todos ellos el síntoma predominante era una fuerte díspnea. De los siete, dos murieron, por haberse instituído el tratamiento a los 8 días, con la particularidad de que ambas murieron de un ataque de endocarditis, al ascender la temperatura, después de haber habido doce horas de apirexia.

Es en este proceso fisiológico, y en los patológicos de otitis media y sífilis en los que mayor virulencia adquiere el parásito de la fiebre perniciosa.

Parturientas y niños que han padecido de otitis media, están amenazados de muerte en regiones donde impera este terrible invasor. En las primeras, manifiesta una afinidad asombrosa para localizar sus toxinas en las válvulas del corazón; en los segundos, en las meninges. En estos últimos es casi siempre fatal.

DOS CASOS DE ESPLENECTOMIA.

REPORT DE LA CLINICA MEDICO-QUIRURGICA DE LOS DOCTORES VADI Y PEREA

Pocas son las ocasiones que en el ejercicio de la profesión se le presenta al cirujano la oportunidad de practicar la esplenectomia, y si agregamos a esto lo arriesgada y atrevida que resulta esta intervención en determinadas circunstancias y las complicaciones rápidamente mortales a que dá lugar, tales como trombosis, hemorragias en sabana, etc., se comprende bien que vacile el espíritu del cirujano más esforzado cuando se vea obligado a practicarla en los casos en que está indicada.

Desde la introducción de la esplenectomia en la cirujía moderna por Pean en 1869, con motivo de haber sido el primero en haber estirpado con éxito un bazo quístico hipertrofiado, hasta estos últimos años en que Jonnesco y Mayo con sus estudios sobre el bazo palúdico y sus éxitos operatorios han animado a muchos ciru-

janos a imitarle; la técnica de la esplenectomia ha sufrido tales perfeccionamientos, que se han abandonado casi por completo la ligadura parcial de los vasos del bazo y los distintos procedimientos de ligadura para el pedículo, pregonizados por Oisnausen, Kocher y otros.

Ha sucedido con estas operaciones, lo que con casi todas las de cirujía abdominal, que sus resultados remotos y tardíos han marchado paralelamente con los perfeccionamientos en sus detalles técnicos, como se verán en las siguientes cifras.

En 1899, en el Congreso de cirujía de París, Jonnesco, dió cuenta de que había estirpado desde el 1896, 29 bazos por quiste hadatídicos y por esplenomegalia palúdica, con diez muertes, dos por hemorragia y 8 a consecuencia de complicaciones pulmonares.

En 1900, en el Congreso internacional de medicina de París, Michastosky, de Sofia, comunica una série de 15 esplenectomias, por esplenomegalia palúdica, con un solo caso de muerte por pleuroneumonía. El peso de los bazos estirpados variaba de 1800 a 4000 gramos.

Jonnesco, en este mismo congreso, dá cuenta de haber practicado 32 esplenectomias, 25 por bazos palúdicos con 8 defunciones.

En Febrero de 1899, Bragagnole publica en la Revista Veneta una estadística de 119 casos de esplenectomia con 89 casos curados, lo que dá una mortalidad de 25%, pero hace notar que la mortalidad en las esplenectomias ha ido en disminución a medida que la técnica de la operación hacía progresos.

Desde 1904 al 1910 William J. Mayo hace su reporte de 10 casos operados en el St. Marry Hospital, con una sola muerte por hemorragia.

Esta estadísitca que de 1881 a 1885 nos dá un 80% de mortalidad, y de 1886 al 1890 de un 31%, ha bajado para el periodo de 1891 a 1898 a 18 %, y ya se ha visto después como la estadística de Mayo resulta mas favorable.

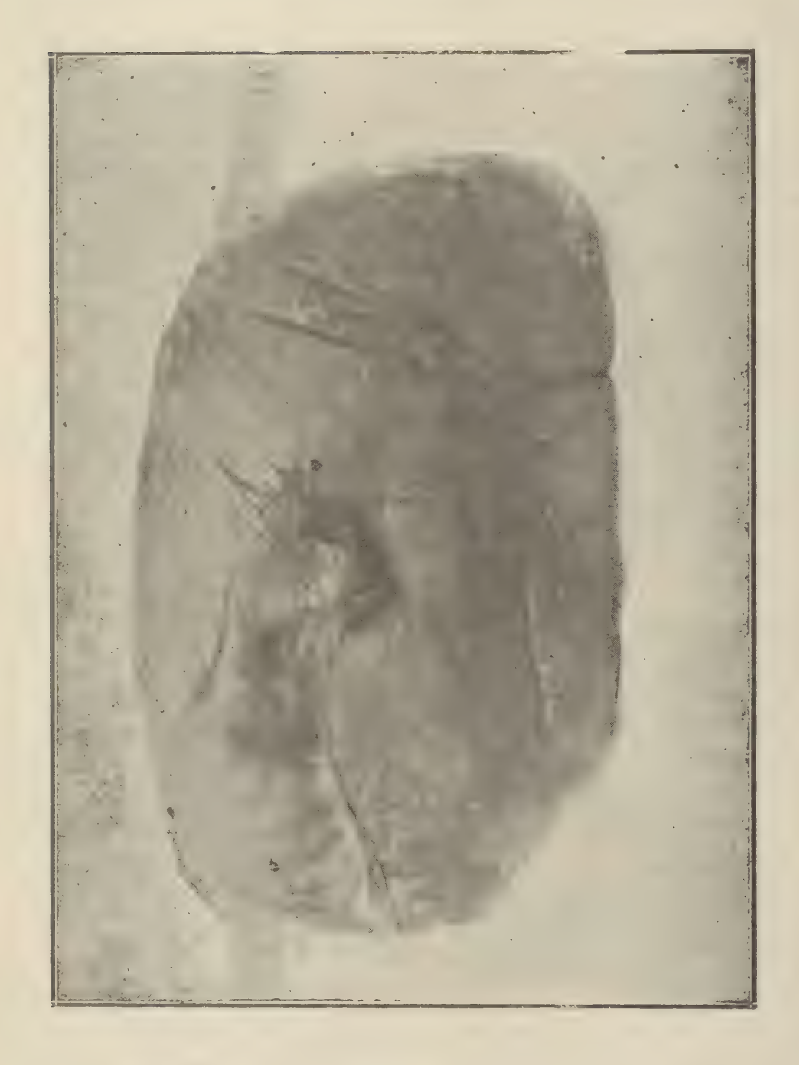
Empecemos por nuestra historia clínica.

OBSERVACIÓN I.

América O., de 22 años, natural de Cabo Rojo, color blanco, ingresó en nuestra clínica el 30 de Mayo del corriente año.

HISTORIA PERSONAL. — No ha tenido hijos. Menstruación regular. Hace unos cuatro años ha tenido dolores muy fuertes en la región epigástrica y algunos vómitos de sangre que, en la actualidad los tiene de vez en cuando, lo mismo que el dolor. En los últimos seis meses ha tenido también pérdida del apetito y ha adelgasado considerablemente. Hace dos años empezó a sentir un tumor que ocupaba la región epigástrica, mas a la izquierda.

EXAMEN. — El corazón y los pulmones dán un exámen negativo, el hígado algo aumentado de volúmen. Se nota un tumor que ocupa el hipocondrio izquierdo y parte de la región hipogástrica y umbilical, descendiendo algo en la fosa iliaca del mismo lado. El tumor formaba sobre todo eminencia en el hipogastrio.



OBSERVACION I: Bazo tuberculoso operado el 3 de Junio de 1912.

Este exámen nos demuestra que el bazo estaba hipertrofiado y descendido.

EXAMEN DE LA SANGRE. — Hemoglobina 80 por ciento. Glóbulos rojos 6.500.00; blancos 3.000; pequeños linfocitos 18.5, grandes linfocitos 6, polimorfos nucleares 74 por ciento, forma intermediaria 4 por ciento, eosinófilos 1.5 y basofilos 0.5 por ciento.

Hagamos un poco de memoria y recordemos con Dielafoy algunos de los síntomas mas importantes y necesarios, que hay que establecer para poder diferenciar en casos como estos las diferentes formas de esplenomegalias.

Por regla general, todos los gruesos bazos, palúdico, leucémico y tuberculoso tienen una tendencia natural debido a su peso y a su desarrollo, a emigrar del hipocondrio, su sitio de orígen, hacia la cavidad abdominal. Todos estos gruesos bazos forman un tumor, a veces muy desarrollado, una de cuyas partes, la mas pequeña, se halla situada por detrás de las costillas del hipocondrio, y la otra, la mas voluminosa, sale al abdomen. La parte del tumor que está por debajo de las costillas en el hipocondrio izquierdo no es accesible a la palpación; se revela por la macicez, así como también por el abultamiento del hipocondrio. La parte del tumor que se halla situada en el abdómen, es por el contrario muy accesible a la palpación, que no permite precisar la situación, la forma, la consistencia, las dimensiones y el grado de movilidad. Todo esto es también aplicable a los quistes esplénicos de predominio abdominal. Hagamos, pues, la diferencia, y empecemos con Dielafoy por el bazo palúdico.

En los sujetos afectados de paludismo, sobre todo de la forma crónica, con caquexia palúdica, el bazo puede adquirir proporciones enormes, abulta el hipocondrio izquierdo y forma en el vientre un tumor extremadamente voluminoso. Aún cuando muy hipertofiado, el bazo palúdico conserva casi su forma en contra de lo que sucede en el quiste esplénico; además, el bazo palúdico vá precedido de accesos de fiebre de tipos diversos y crece con los ataques febriles y el estado caquéctico del paludismo.

En el bazo leucocitémico, el exámen de la sangre determina el diagnóstico; aumento de los glóbulos blancos, unas veces: en los pequeños glóbulos mono-nucleares en otras: en los grandes glóbulos poli-nucleares de granos eosinofilos, acompañados éstos de una gran disminución en los glóbulos rojos; por lo general la proporción es de 1 por 40 o menos, en vez de 1 por 300, que es en estado normal.

La esplenomegalia tuberculosa primitiva no aparece como pudiera suponerse en el curso de una de tisis pulmonar avanzada, sino que por el contrario se desarrolla en el curso de una buena salud, en individuos cuya tara tuberculosa ha pasado inadvertida. Dolor y sensación de tirantez en el hipocodrio izquierdo son los primeros síntomas que se presentan, mas después de un año de esta fase indecisa el tumor esplénico aumenta

y de su sitio de origen desciende al vacío e invade el abdomen bajo la forma de un tumo rovoide duro y abollado. Unas veces el enfermo está apirético y otras está febril. Va acompañado el bazo tuberculoso de una hipertrofia del hígado y produce una hiperglobulia.

En la esplenomeglia primitiva; enfermedad de Banti, la anemia, la pérdida de fuerzas, la astenia y la demacración, concuerdan con el desarrollo del bazo, cuyo peso puede llegar a ser de dos a tres kilógramos. Aqui también el hígado está aumentado de volumen, pero la anemia globular es constante.

Banti describe tres estados de la enfermedad; en el primero existe una anemia de tipo secundario y un aumento del volúmen del hígado, siendo ésto secundario a lo primero; en el segundo estado, se nota una cirrosis del hígado con disminución de la orina y aumento de los pigmentos biliares y de los uratos; en el tercer estado, el síntoma mas carasterístico es la acitis insidiosa en su origen y sin dolor.

En los quistes del bazo hay que hacer pimero un diagnóstico diferencial cuando se trata de un quiste de evolución ascendente y que simula un derrame pleurítico y con los quistes del riñón, cuyo diagnóstico diferencial no es sencillo ni mucho menos. Nelaton se equivocó dos veces, confundiendo un quiste del bazo con un quiste del riñón. Potain ha diagnosticado un quiste del bazo, siendo asi que se trataba de una hidronefrosis izquierda y esto basta para demostrar toda la dificultad del diagnóstico.

Los quistes del bazo tienen rasgos comunes con los quistes del mesenterio, y he aqui como ha sido presentada esta cuestión por Bragenahaye:

"Cuando el cirujano se encuentra en presencia de un tumor abdominal, primitivamente lateral, que ha llegado a ser rapidamente mediano, sobresaliendo hacia el ombligo, sobretodo si este tumor vá acompañado de los tres signos de Tillaud, gran movilidad en todos sentidos, zona sonora entre las paredes y el tumor y otra zona por encima de la pelvis, hay grandes probabilidades para que el tumor sea mesentérico."

En los quistes del bazo de tipo ascendente, los síntomas son, por lo general, torácicos y algunas ligeras diferencias que tienen su importancia y que permiten hacer un diagnóstico diferencial con un derrame pleurítico.

En el derrame pleurítico, el torax experimenta una ampliación general, perceptible a la vista y a la mediación, pero para empujar las últimas costillas, para formar una elevación permanente y limitada en el tórax inferior, se necesita algo mas que un derrame pleurítico; es preciso un tumor del hipocondrio. La egofonia, la pectoriloquia afona, el soplo, signos habituales del derrame pleurítico, faltan o son excepcionales cuando el órgano toráxico se halla desplazado por el quiste esplénico. En los dos casos de tumor quístico o derrame pleurítico, el corazón puede estar muy desviado a la derecha del esternón, pero en el derrame pleurítico los dos pezo-

nes permanecen en el mismo nivel, en tanto que, en el quiste, el pezón izquierdo, participando en todo el crecimiento, que levanta todos los tegumentos, se encuentra algunos centímetros mas elevado que el derecho.

En los quistes de "tipo descendente," las costillas están menos rechazadas, el hipocondrio menos abultado. En su conjunto, el tumor es addómino toraxico, y los síntomas de esta enfermedad son: trastornos dispepticos, nauseas, vómitos, dolores gástricos e intestinales, digestiones lentas, el enfermo se queja de pesadez abdominal y nota en el vientre un aumento de volúmen. Ese tumor es, por regla general, poco regular, persistente, indoloro, habitualmente móvil y movilizable, ni por palpación ni por percusión se comprueba que el tumor suba por debajo de las costillas sin rechazar, sin embargo, el diafragma y los órganos toráxicos. Tales son los principales síntomas de los quistes esplénicos de predominio abdominal descritos por Dielafoy.

Teniendo presente lo ya manifestado sobre los difenrentes clases de esplenomegalia en el caso que nos ocupa, por el exámen de la sangre y por el estado general de la enferma, hemos creido que se trataba de un bazo tuberculoso proponiendo a la enferma la operación que fué aceptada y efectuada el 3 de Junio del corriente año.

OPERACIONES.—Laparotomia media supra - umbilical y esplenectomia, que fué muy fácil efectuar, por estar los ligamentos alargados. El bazo estirpado pesó ocho libras. Este presenta en una superficie bultos pequeños, semejante a una granuria, y cortándole el tejido, se nota fibroso e infiltrado de masas caseosas.

El curso post-operatorio fué sin contratiempos, y el primero de Julio fué dada de alta nuestra enferma.

En la actualidad el exámen de la sangre dá: hemoglobina 80 por ciento, glóbulos rojos 4.600.000 por m. c., glóbulos blancos 4.000.

Hace cuatro dias que he visto nuestra enferma y ésta se encuentra perfectamente bien, habiendo aumentado considerablemente su peso. De 96 libras que pasaba antes de la operación, pesa hoy 120.

OBSERVACIÓN II.

Amparo F. de A., blanca, natural de Cabo Rojo y de 33 años de edad, ingresó en nuestra clínica el 11 de Junio del corriente año.

HISTORIA PERSONAL. — Casada hace ocho años, ha tenido dos niños que viven y están sanos, refiere haber sufrido de paludismo desde hace mas de doce años y que hace mas de cinco que se notó un abultamiento en el hipocondrio izquierdo. Respecto al paludismo nos manifiesta que sus accesos de fiebre eran a veces cotidianos, otras terciarios y a veces cuartanarios con escalofrios y sudor, y temperatura de 39 y 40 grados.

EXAMEN. — Anemia intensa, tumoración grande que ocupa el hipocondrio derecho.

A la palpación percíbese un tumor, de contornos redondes, homogéneo y liso y de bordes cortantes, pudiendo notar con la otra mano las lobulaciones de la otra cara del tumor.

El examen de la orina y pulmones

Observación II: Bazo palúdico operado el 14 de Junio 1912.

fué negativo; el examen de la sangre revelaba una disminución de glóbulos rojos 2500.000 y aumento de los glóbulos blancos 30.000, especialmente en los mono-nucleares (pequeños) indicando esto, como ha demostrado Fraenkel, ser la característica de las leucemias de marcha mas aguda y de pronóstico rapidamente grave.

Aunque el exámen de la sangre nos indicaba una leucemia, la historia de la enferma nos hacia creer en la existencia de un bazo palúdico, a pesar de no haber podido apreciar en los exámenes hechos antes de la operación la presencia de ninguna de las formas hematozoarias que en la sangre diagnostican el paludismo, de manera que en esta ocasión, por los síntomas clínicos e historia de la enferma, diagnosticamos el caso de bazo palúdico y lo operamos a pesar de nuestras dudas, pues como todos sabemos no están de acuerdo las autoridades médicas ni la opinióu de los cirujanos sobre si debe o no estirparse un bazo palúdico ni tampoco un bazo laucémico.

No hay que extrañarse si, a pesar de nuestras dudas, operáremos a nuestra enferma, ya que para ello nos fundamos en lo que dice Kehn, de autoridad indiscutible en la materia, comentando los trabajos de Jonnesco, que dice sobre este particular. "Jonnesco obtuvo muy buenos resultados "en las esplenectomias en casos de ba- "zos palúdicos y amplía bastante el "campo de las indicaciones para esta "operación; este cirujano ha logrado "salvar con ella enfermos que se ha- "llaban en un estado muy adelanta- "do de caquexia y también ha logra- "do resultados favorables en casos de "adherencias numerosas y sólidas de "bazos muy voluminosos." (*Cirujía Clínica y Operatoria de E. Bergman y J. Mikuliz,—tomo* 3, *página* 562.)

OPERACIÓN. — Incisión media, extrayendo el bazo, cuyo ligamento freno-esplénico había desaparecido; ligamos entonces como en el caso anterior separadamente la arteria y vena esplénica y otras arteriolas, insaculando el pedículo en el surco por una sutura sero-serosa, hecha a epensas del revestimiento peritoneal de la gran tubercsidad del estómago y por último procedimos a cerrar la herida abdominal.

El bazo estirpado pesaba diez libras, era rojo vinoso con un aspecto azulado y muy ingurgitado.

El curso post-operatorio no ofreció ningún incidente y la enferma fué dada de alta el 5 de Julio del corriente, un tanto restablecida.

En esta enferma, que fué operada el 14 de Junio, el exámen de la sangre, después de los 25 días, demostraba ya un aumento en los glóbulos rojos (3.800.000); los blancos casi normales (8.000), todo lo cual demostraba una vez mas que la operación ha actuado favorablemente y que la hematopoyesis no sufre alteración porque se estirpe el bazo.

Pero existe mas, aún como dice el Dr. Arias en relación con este asunto, "en la lucha de los glóbulos blan- "cos y rojos contra los *hemamibos*, "el bazo sirve como de reservorio o "almacén a éstos, y a medida que es- "tos aumentan el bazo experimenta

"una hipertrofia que es como un fe- "nómeno de defensa orgánica, puesto "que allí quedan como encerrados los "hematozoarios, pero que a la vez se "constituyen en un foco de infección "o de dispersión, cuando una causa "que actúa sobre él, hace que se des- "parramen por el organismo los gér- "menes que allí acumulados, como "por efectos de filtración, parecían "morir."

"Y he ahí como la estirpación del "bazo lleva consigo varios resultados "terapéuticos importantes; elimina- "ción de una sola vez de la mayor su- "ma de gérmenes, eliminación de una "causa de repetición de los accesos y "el favorecimiento de la producción "de glóbulos blancos y rojos en los "órganos hematopoyeticos, que que- "dan en el organismo y cuya produc- "ción no se encontrará contrarresta- "da por el enorme número de hemato- "zoarios encontrados en el bazo."

Quizás señores si a la postre habrá resultado ésta operación incompleta por causas que no han podido remediarse, pero esto no justificaría el que hiciésemos omisión de ellos, porque allí, donde la casualidad presta fuente de enseñanza, en la clínica, aunque esta enseñanza sea incompleta, debemos recojerla y analizarla, ya sea en el órden teórico y agregar de éste modo un factor mas a la literatura médica, bien escasa por cierto en asuntos de esta naturaleza.

LA CIRUJIA EN LOS LOCOS.

POR EL DR. RAFAEL VELEZ LOPEZ.

Vamos a ocuparnos sin tener para nada en cuenta los trabajos realizados por otros médicos de la Cirujía en los locos desde el punto de vista de la influencia que ejerce o puede ejercer sobre el funcionalismo mental, aduciendo como base para nuestro trabajo el resultado beneficioso obtenido en tres casos intervenidos por nosotros.

I.—Se trataba de una mujer de unos 24 años de edad, bien constituída, que presentaba un prolapso uterino. Había ingresado en el manicomio hacía unos diez meses y era presa de un delirio furioso que obligaba a los encargados del establecimiento, a tenerla bajo la acción de la camisa de fuerzas. La paciente en uno de sus momentos de tranquilidad fué examinada por nosotros y juzgando útil la operación procedimos a practicar una ventro suspensión del utero operación que se llevó a cabo bajo cloroformo colocándose a la enferma en su cama sin haber sufrido ningun accidente durante el acto de la anestecia y operación. A los 15 días pudo levantarse de la cama y desde que se operó no presentó trastorno alguno mental hallándose completamente restablecida de su afección.

II.—Este caso estaba representado por un hombre de unos 50 años de edad que padecía accesos de melancolía y ataques convulsivos pasageros que le inhabilitaban para el trabajo. Su estado general había sufrido grandemente y temiendo sus familiares por que perdiera su razón aquel enfermo, consultó con nosotros que después de un examen detenido y la-

borioso, pues apenas podíamos obtener del enfermo ningún dato relativo a sus padecimientos, contestándonos con torpeza y trabajo a nuestras preguntas, pudimos constatar una estrechez uretral antígua sobre el tramo posterior de la uretra, una hipertrofia prostática y el consiguiente estado de inflamación crónica del reservorio vexical.

Practicamos una uretrotomía externa combinándola con una cistotomia con el fin de practicar una desinfección de la vegiga y drenage de la misma, haciendo descansar el órgano y obteniendo la represión de la próstata y al cabo de un mes el enfermo había recuperado sus fuerzas y de triste y abatido en que se hallaba antes de ser operado, se tornó en animoso alegre y fuerte, desapareciendo su estado que indudablemente debía atribuirse a una intoxicación crónica de orígen urinaria y desaparecidas las causas mecánicas que la sostenían, el enfermo curó por intermedio de un acto quirúrgico.

III.—Una joven de unos 18 años de edad, aspecto bien nutrido, aunque con los caracteres exteriores de un temperamento linfático presentó, según informes de la familia, un ataque con convulsiones, vómitos, delirio activo sin aumento de la temperatura, habiendo durado este estado unas seis u ocho horas, curando expontáneamente por no haberse presentado después otro ataque; sin embargo, la enferma se levantó de la cama bastante débil; y notaron sus familiares que siempre permanecía en un sitio apartado de la casa, procuraba estar sola y al hablársele contestaba con indiferencia sin denotar una clara percepción.

Preguntándose a la familia sobre el estado de sus reglas, nos informamos que dicha enferma no había reglado nunca y que hacía unos tres años permanecía en aquel estado de indiferencia casi rayana con la idiotez.

Significamos la necesidad que había de practicar un reconocimiento y éste se llevó a cabo bajo cloroformo toda vez que la paciente se oponía con todas sus fuerzas a nuestro objeto.

Encontramos un hímen imperforado, duro, tan resistente que hubo necesidad de incindir con un bisturí calculando su espesor en uno o dos centímetros; la vagina se encontraba estrechada hasta lo inconcebible; y después de haberla dilatado, merced a la introducción del dedo índice y el especulum para ninfas, logramos descubrir el hocico de tenca en el fondo el cual era normal habiendo hecho pasar la punta del histerometro por su orificio externo obteniendo de este modo la salida de una cantidad de sangre fluida pero de aspecto negrusco.

Sometimos a la paciente a los baños de asiento calientes, dejando en la vagina una gasa a guisa de dilatador, obteniendo el restablecimiento normal de las reglas en la paciente y la vuelta completa o normal de estado mental.

En general y dado el número de enfermedades quirúrgicas que coinciden con el citado estado mental del paciente, debe practicarse la cirugía en esta clase de enfermos y a la vez

que la ciencia realiza su abjeto, se ejercerá también un acto de humanidad librándoles de los sufrimientos y trastornos que puedan padecer.

No quiere decir esto, sin embargo, que el acto quirúrgico que ha sido realizado en un loco y seguido de la curación de su estado mental, haya obrado de una manera directa sobre el trastorno mental; pero sí debemos admitir que en muchos casos el acto quirúrgico realizado sobre los órganos de la pelvis, de las vías urinarias, vías biliares, nariz, oído, laringe y sobre el cráneo mismo después de traumatismos antíguos seguidos de síntomas como cefalalgia localizada, hemiplegias u otro síntoma de foco motor o sensitivo y también en los casos de cambios en el caracter acompañados por esos síntomas y aun mas cuando el sitio del trauma se encuentre evidenciado por una depresión, una cicatriz craneal, ha ejercido su influencia.

En la mayor parte de los casos obraremos mejorando el estado fisiológico y por lo tanto el estado mental se modificará; en otros casos podría asegurarse que se ejercía una acción directa.

Contamos en Puerto Rico con un Manicomio que aunque no reune las condiciones que la moderna ciencia exige, sin embargo los reputados médicos que hoy dirigen el trabajo clínico de dicho establecimiento, redoblan sus esfuerzos para obtener la mayor eficacia en los tratamientos que ellos dictan.

Hace algunos años se pensó en establecer una sección quirúrgica y al efecto se instaló una sala de operaciones que puede muy bien realizar su objeto si se proveyera por la Legislatura lo necesario para gasto de personal y material técnico, esto es, si se reconoce la importancia y la necesidad de este servicio por los hombres elegidos para la confección de las Leyes.

En este asunto solo me anima el interes científico y por mi parte yo trabajaré personalmente porque se llegue siquiera a hablar de esta cuestión en el templo de la soberanía popular.

MEDICOS INSPECTORES DE ESCUELAS

ALEGATO PRESENTADO EN LA ULTIMA ASAMBLEA DE LA ASOCIACION

POR EL DR. GUILLERMO SALAZAR

Es de esperar que las autoridades competentes subsanen cuanto antes una deficiencia marcadísima que se nota en el ramo de Escuelas de Puerto Rico. Dada la organización actual de la enseñanza y de su marcada extensión, ha de ser sumamente beneficiosa toda acción preventiva higiénica que se realice en los planteles de educación.

El año pasado el Departamento de Educación exigió un reconocimiento médico a los profesores de ambos sexos, exigencia que viene a resultar deficiente sino es completada debidamente con la inspección de los niños. Los argumentos en que me apoyo al presentar este alegato son los siguientes:—

1.—El desenvolvimiento mental del hombre está subordinado, salvo algunas excepciones, al desenvolvimien-

to normal físico. Niños considerados como torpes o atrasados son en realidad niños enfermos.

2.—El contagio en las escuelas que ha tratado de evitarse inspeccionando a los maestros no queda excluido sino se extienden medidas preventivas sobre los educandos.

3.—La inspección de los educandos proporcionaría una base amplísima para la estadística de morbilidad y de salubridad en los pueblos.

4.—El primordial deber de la Sociedad ha de estribar no solo en la protección de la primera infancia sino particularmente en la vigilancia estricta del desarrollo físico e intelectual propio de la segunda infancia, y de la pubertad.

5.—Caería una grave responsabilidad sobre los médicos higienistas, sino vulgarizaran en la escuela los procedimientos y prácticas de la ciencia moderna para llegar a la creación de individuos normales.

La labor de los médicos inspectores de escuelas es importantísima y muy delicada. A ellos está encomendada la verdadera formación del hombre y de la mujer en su más alto concepto biológico. Deben ser observadores circunspectos ejerciendo su apostolado sin llamar apenas la atención de los séres puestos bajo su dirección.

Deben clasificar a sus pequeños clientes con arreglo a algunos de los tipos que señalan los especialistas en la materia.

Asi mismo indicar precisamente al maestro, la regulación de los estudios y recreos y también la naturaleza de unos y otros.

Debe seguir la tasa de los valores del peso, talla y perimetro torácico de los escolares, prohibiendo esfuerzos mentales de exámenes, oposiciones, etc., etc., cuando deben coincidir con épocas de desarrollo o crecimiento.

La poca atención que se presta en la actualidad a ello da por orígen esa notable proporción de enfermedades debidas al exceso de trabajo que tanto comprometen la salud futura de nuestras juventudes.

No es necesario que prosiga enumerando las fases del problema que tenemos delante y cuya resolución toca a la Asociación Médica proponer. Espero que unánimemente aprobéis los puntos de mira que propongo y en consecuencia que se redacte una exposición que junta con otras medidas, como la de los médicos forenses, dé cumpida satisfacción a los desvelos de nuestra clase por nuestros conciudadanos.

HIDROCELE

(VAGINALITIS CRONICA) ETIOLOGIA, PATOLOGIA, SINTOMATOLOGIA Y TRATAMIENTO,

POR EL DR. J. LOPEZ ANTONGIORGI.

Señores: Desde los primeros años de ejercicio de mi profesión en este país, mi atención fué firmemente interesada por la frecuencia de esta afección, no solamente en los hospitales, sinó que también en la clientela privada. Con tal motivo, y habiendo tenido durante los últimos seis años la oportunidad de estudiar y observar bien detenidamente un buen número de casos en el Hospital de la Peni-

tenciaria de San Juan, he pensado presentar, como objeto de discusión y con el fin de obtener algunas de vuestras ideas sobre tan importante asunto, mis conclusiones prácticas con respecto a la etiología, patología, sintomatología y tratamiento del hidrocele propio de estos climas tropicales.

La frecuencia de esta afección está plenamente revelada por el resultado obtenido en la investigación llevada a cabo entre los confinados de la Penitenciaria y a la que ya he hecho referencia en mis trabajos presentados sobre este tema en el Boletín de esta Asociación; de 210 confinados examinados en la galera un día, 47 fueron encontrados padeciendo de hidrocele, o sea un 22-4%. Esta cifra no ha de parecer excesiva, si recordamos el número de afectados que acuden a nuestras consultas, algunos de los cuales vienen buscando tratamiento para ella, pero los más, por causas otras y enteramente despreocupados de su hidrocele, que seguramente es la compañía de muchos años.

En tales condiciones nos asaltó el interés de obtener datos claros sobre las causas de esta enfermedad. Revisando los hasta ahora recopilados, vemos que es referida la etiología de la afección a una serie de hechos que en mi pensar y con arreglo a las observaciones, no esplican de una manera satisfactoria la frecuencia de la afección en estos climas, en contraste con su rareza en los climas fríos. Los traumatismos, provocados mayormente por la equitación comprimiendo los testículos al montar violentamente, parecen ser la causa predilecta a que nuestros pacientes atribuyen la enfermedad; la relajación de los tegidos por el calor, ha sido la explicación hasta aquí emitida para justificar su frecuencia en estos paises tropicales; la gonorrea y la sífilis tienen su parte en la etiología, y la tuberculosis ha sido considerada por algunos autores como el factor etiológico de más importancia.

Si observamos detenidamente los cambios patológicos ocurridos en las estructuras anatómicas, envueltas en este proceso, veremos de una manera clara lo raro que es encontrar lesiones típicas de la tuberculosis, la sífilis y de la gonorrea. Desde luego, que no he de referirme a los casos en que estas enfermedades hayan invadido el aparato génito-urinario en alguna de sus porciones, manifestándose el hidrocele secundario, como en la epididimitis u orquitis por alguna de estas discrasias, ni a los gomas del epididimo o del testículo en que puede haber el derrame en la cavidad vaginal como uno de sus síntomas. Me refiero a la afección que nos ocupa en este trabajo, esto es, al hidrocele propio de estos climas que no tiene lesión patológica alguna propia de estas enfermedades, que dura años sin causar grandes trastornos generales ni locales y que se presenta sin motivo alguno en individuos que no han padecido jamás de alguna de las afecciones antes mencionadas. Es muy corriente entre los médicos que ejercemos en los trópicos, oir a nuestros pacientes atribuir el hidrocele al he-

cho de haber comprimido el testículo al montar a caballo aunque en muchos casos éste acontecimiento tuvo lugar algunas semanas antes de aparecer el hidrocele, o mejor dicho, de haber empezado a recrecerse el escroto. También es frecuente entre las personas más inteligentes manifestar la imposibilidad de encontrar causa a que atribuirlo. Este último caso ha sido el más frecuente en mis observaciones y de ahí el que me permitiese llamar *idiopáticos* al mayor número de mis casos entonces, hasta que la investigación nos llevó a pensar en la posibilidad de un factor de gran importancia en su etiología, y que más tarde hemos podido comprobar positivamente en un número de casos, por el examen microscópico, y en otro grupo mayor, aunque no comprobado microscópicamente, si suponerlo como seguro en ellos, si tenemos en cuenta la imposibilidad reconocida hoy, de poder demostrar los embrios en la sangre, sino después de un gran número de exámenes; más aún, de no poderlo demostrar por completo en casos clínicamente plenos de la afección. Me refiero a la *filaria sanguinis hominis.*

Concedida es la intervención de este parásito en la serie de afecciones que se nos presntan en estos climas bajo la forma de elefantiasis, linfangitis febriles, escroto-linfático, etc., etc., las que tienen hoy comprobadas su etiología, aunque sin poderse demostrar en un número de casos la presencia de los embrios de filaria en la sangre. En este grupo de casos está perfectamente bien estudiado el hidrocele *agudo* (vaginalitis aguda filárica), de los que he podido observar algunos casos, pocos por cierto en este país. Excluye por consiguiente esta forma aguda de la afección, que si bien es verdad que puede considerarse como causa de alguno de los casos que nos ocupan, al mismo tiempo puede manifestar, que la afección se me ha presentado siempre en una forma que nos ha obligado a incindir los tegidos del escroto hasta la cavidad vaginal evacuando una cantidad variable de líquido sero sanguinolento al principio y seroso después, aliviándose el dolor y sanando todos nuestros casos sin dejar un derrame permanente.

Así, pues, nuestro estudio cubre solamente aquellos casos de hidrocele que son atribuidos a traumas (montar a caballo), al calor de estos climas, a la gonorrea, a la sífilis, a la tuberculosis y que son tan frecuentes en nuestro país, que podemos sin reparo alguno a mi entender clasificarlos todos o el gran número de ellos bajo el epígrafe de *hidrocele tropical*, hasta poco tiempo hidiopático pero que los trabajos de observación y de laboratorio, han sugerido, sinó completamente demostrado que son debidos a la invasión del organismo por la *filaria sanguinis hominis.*

Véamos las observaciones obtenidas por nosotros en el hospital de la Penitenciaria; con la valiosísima cooperación de los bacteriólogos del laboratorio, doctores G. Martínez y Biamón.

I. R. N. 50 años de edad, presenta un hidrocele de 7 años de duración, hipertrofía de los ganglios ingui-

FIGURA NUMERO 1

Hidrocele doble; pene escondido debajo de su piel como consecuencia de la distensión del escroto.

nales; dice no sabe a qué atribuir el hidrocele, habiéndosele presentado sin dolor, ni después de causa alguna, que no le ha molestado nunca; preguntado si ha padecido de ataques de escalofríos, fiebre y ramazones rojas en los muslos, brazos o en alguna parte del cuerpo, dice que nó; examinada su sangre a diferentes horas durante el día, resulta ser negativa, en lo que a embrios de filaria se refiere; practicados los exámenes de noche, a las nueve, negativo, a las diez negativo y así cada hora sistemáticamente y diferentes noches; hasta que la preparación obtenida a la una y media, la tercera noche, presenta algunos embrios de filaria, quedando comprobado el caso.

II. J. B. de 39 años de edad. Padece de un hidrocele derecho desde hacen 7 años; recrecidos los ganglios inguinales superiores e inferiores del mismo lado del hidrocele; no ha tenido accesos de linfangitis aguda febril. La sangre resultó negativa en los exámenes practicados durante el día, así como de noche a diferentes horas metódicamente hasta que en un especimen recogido de noche a las once fueron encontrados embrios de filaria y reportado así positivo del laboratorio.

III. Paulino Miranda de 32 años de edad, blanco, zapatero. Presenta un hidrocele doble (Fot No. 4) de siete años de duración. Ganglios inguinales superiores e inferiores hipertrofiados en ambos lados; ha tenido varios accesos de fiebre con escalofríos y ramazones coloradas en la pierna derecha que le repiten de vez en cuando. Exámenes de sangre practicados durante el día negativos en cuanto a embrios de filaria; durante la noche negativos, aunque sólo tres habían sido practicados y hasta las once solamente; a la una y media aparecen embrios en la sangre.

Estas observaciones las he querido presentar para comprobar el hecho conocido, de la dificultad de demostrar en muchos casos con síntomas de afecciones filáricas, los embrios en su sangre y la necesidad de hacer repetidos exámenes en un caso determinado antes de formar juicio exacto sobre él, debiendo estos exámenes ser conducidos a diferentes horas de la noche y del día, y repetidos a esas horas si fueren negativos.

La facilidad de llevar a cabo estos exámenes en el hospital de la Penitenciaria en donde los encargados de la guardia nocturna están instruidos en el procedimiento sencillo de recoger una gota de sangre en un portaobjeto, rodearla de vaselina y colocarla encima un cubre objeto fino de manera que el aire no penetre y no seque la muestra, marcando luego aquella con el nombre del paciente y la hora a que fué recogida, es bastante alagiieña para continuar estas investigaciones, que indudablemente han de arrojar luz sobre la etiología de esta enfermedad.

Algunas observaciones de interés fuera de nuestro hospital, nos han sugerido también la misma idea. Enviados al doctor Steensland, Profesor de patología de la Universidad de Syracuse, algunos especímenes para exámenes patológicos y bacteriológicos

FIGURA NUMERO 2.

Hidrocele; escroto contraído por engrosamiento de la fibrosa, al nivel de la parte media del testículo.

FIGURA NUMERO 3.

Hidrocele mediano doble con hernia de la vaginal; separa el epididimo del testículo.

FIGURA NUMERO 4

Hidrocele doble; un saco es mayor que el otro; pedículo formado por el cordon espermático.

de casos operados de hidrocele aquí, consistentes en líquidos y tegidos de las túnicas, nos comunicó al enviarnos sus reportes la idea particular suya, sobre la gran posibilidad de la intervención directa de la filariasis en etiología del hidrocele tropical y nos hizo referencia de una experiencia suya, que contribuye poderosamente a demostrar esta probabilidad. El caso es el siguiente: Especimen patológico; caso de hidrocele en un italiano, operado en el hosiptal de la Universidad, consistente en un testículo, y líquido amarilloso, seroso; embrios de filaria en el líquido y parásitos en los tegidos del testículo que estaba aumentado de volúmen.

No debo olvidar de manifestar a ustedes el hecho de la concomitancia en el mayor número de mis casos operados (103) durante los últimos siete años, de alguna lesión de las aceptadas como típicas en los casos de filariasis, esto es: adenitis inguinales febriles, elefantiasis del escroto, pene, y de la estremidad inferior sobre todo. Puedo exponer que en todos los casos de elefantiasis del escroto que he operado he podido demostrar el hidrocele concomitante. En todos los casos de hidrocele que he operado hasta aquí, he encontrado presente la distensión de los linfáticos en el ligamento escroto testicular, presentándose siempre en este sitio, una masa gelatinosa de tegido mayor o menor, según el tamaño del hidrocele, pero llena de linfa amarillosa clara en donde hasta ahora no he podido demostrar los parásitos.

Así pues, enteramente impresionado por todos estos datos obtenidos con la observación, de una manera firme, tuve que pensar seriamente en la intervención de la filariasis como factor etiológico más importante en el hidrocele tropical, esto es, en los llamados casos de hidrocele idiopático que afecta el 22..4% de nuestra población.

Desde luego que aunque sea repetir, quiero que se entienda perfectamente, por lo que a discusión pudiese venir, que he excluido enteramente los casos de tuberculosis del testículo y epidídimo con derrame en la cavidad vaginal así como los de lesiones sifilíticas demostrables siempre, del aparato generador que nada tienen que ver en cuanto a duración ni a sintomatología con el punto que estamos estudiando.

Entiendo que solamente la observación y el estudio completo de un gran número de casos como los citados, podía autorizarnos para establecer la filariasis como el único factor etiológico en este grupo de casos, y mis observaciones solamente nos dan autorización a mi corto entender, para considerarla como el más probable, y hasta hoy el único razonable si tenemos en cuenta por un lado la poca relación que existe entre la sintomatología y lesiones patológicas de los tegidos con las ideas hasta aquí sostenidas de traumatismos del testículo, condiciones climatológicas, gonorreas; y por el otro las relaciones directas entre esta afección y las enfermedades filariósicas ya estudiadas así como su concomitancia con ellas y sobre todo el hecho positivo de haber demostrado nosotros los embrios de filaria en la sangre, después de repetidos exámenes en casos en que la única lesión demostrable era el hidrocele, así como de haberlo demostrado en el líquido, y el parásito en los tegidos del testículo. (caso del doctor Steensland.)

De manera que si bien es verdad que hasta ahora no podemos dejar sentado de una manera concluyente que es la filaria el único factor etiológico, creo que el peso de la probabilidad puede ser inclinado hacia ese punto, y como resultado práctico derivar la necesidad y el estímulo para seguir trabajando en ese sentido hasta demostrarlo así y considerar el hidro-

cele tropical como una forma de filariasis en que el parásito se ha localizado en alguna porción de la red linfática que suple al testículo o sus cubiertas estando allí vivo, o habiendo sucumbido, pero obstruyendo siempre el canal linfático, o reabsorbido ya, quedó la obstrucción permanente, y por lo tanto el hidrocele en pié.

PATOLOGIA.

Las lesiones patológicas se manifiestan por una hiperplasia de las células de la serosa vaginal; distensión de los linfáticos de la celulosa, hipertrofia de las fibras musculares del dartos e hiperplasia del tegido fibroso, cambios estos últimos debidos a la distensión del saco por la acumulación de líquido en la cavidad. El ligamento escrotal del testículo aumenta de volúmen, y los vasos sanguíneos y linfáticos que por él penetran hasta el testículo se hipertrofian, notándose en todos los casos una masa de tegido gelatinoso variable según el tamaño del hidrocele que contiene una cantidad de linfa amarillosa clara trasparente, demostrable perfectamente en el aspecto postero-interior del saco lleno al separar los tegidos en aquel puto durante la operación radical; formada por la dilatación de los linfáticos y vasos sanguíneos pero mayormente por los primeros que pasando desde la celulosa y tegidos vecinos llegan a través del ligamento hasta el testículo y túnica vaginal. La túnica visceral presenta los mismas cambios que la refleja y en algunos casos señales de aderencias fibrosas entre ella y la parietal.

El líquido examinado en el mayor número de nuestros casos nos ha dado uniformemente el mismo rsultado y es el siguente: Claro transparente o semitransparente, amarillo ambar, inodoro, contiene cantidades variables de albumina, de cristales de colesterina, bacteriológicamente estéril, excepto en los casos en que esté presente la filaria o sus embrios (Caso del doctor Steensland), cristales de varias clases, y pocas células epiteliales. Este es señores el resultado emitido por los laboratorios en donde han sido examinados nuestros especiemenes, demostrándonos que tenemos un líquido esteril de caractérs parecidos a la linfa. Las investigaciones bacteriológicas llevadas a cabo en el Laboratorio de San Juan por el doctor Biamón, están basadas en inoculaciones de conejos y gatos, así como en cultivos directos en diferentes medios entre ellos los propios para gonococos y bacilos de la tuberculosis.

Todos estos datos ofrecen una oportunidad más para juzgar la questión etiológica en la dirección a que me referí anteriormente, tanto por las lesiones que parecen coincidor con las producidas por oclusiones de linfáticos en casos de filariasis, como por la esclusión de otros datos bacteriológicos en favor de las discrasias antes mencionadas.

FORMAS DEL HIDROCELE.

Hablando en general, podemos distinguir primeramente dos grandes variedades: la congénita y la adquirida. Muy rara la primera, muy frecuente la segunda, y en cuyo grupo caen

nuestros casos o sea el hidrocele tropical. Todos conocemos la procedencia embriónica abdominal del testículo y sus cubiertas, así como las probabilidades de la persistencia en algunos casos del proceso peritoneo vaginal, formando un canal por medio del cual quedan las cavidades abdominal y de la túnica vaginal convertidas en una sola.

Las formas del hidrocele tropical se refieren solamente a su tamaño, y provocadas por las condiciones intrínscas de saculaciones, aderencias entre las paredes de la serosa, así como por la existencia de las protrusiones o verdaderas hernias de los fondos de saco del epidídimo, y del desarrollo de la banda constrictora de la fibrosa dando lugar al hidrocele de reloj de arena.

Puede invadir una sola cavidad vaginal, o ambas, dividiéndose así en sencillo o doble. Las variedades agudas y crónicas de la vaginalitis sólo sirven para distinguir la forma del proceso inflamatorio, pero en nuestros casos hemos de considerar solamente la vaginalitis crónica, como he dicho anteriormente.

SINTOMATOLOGIA.

La sintomatología del hidrocele es un asunto de fácil interpretación, siendo la cavidad vaginal cerrada u obliterada en su estado normal, al verificarse su distención lentamente, es posible explicarse el hecho de lo indoloro del proceso así como de lo inadvertido que puede estar el paciente en sus primeros momentos, hasta qu el tamaño llame su atención.

Así pues, sus síntomos son mayormente de orden físico y estético y en limitado número de casos hay dolor en el testículo mismo o reflejo a distancia.

No hemos de dejar sin mencionar los síntomas de orden general debidos a la absorción de sustancias que encerradas en una serosa permanecen allí por largo tiempo. Esta serosa como es natural absorbe, si recordamos el hecho de las intoxicaciones provocadas durante la inyección de sustancias caústicas usadas anteriormente para el tratamiento de esta afección, como el yodo, el ácido fénico, la adrenalina, etc., etc. En nuestras observaciones podemos establecer de una manera general, que aquellos casos de alguna duración presentan síntomas de anemia, disminución de la vitalidad, desnutrición más o menos marcada. Puedo recordar un úmero bueno de mis pacientes operados en quienes he podido comprobar este hecho, notando de una manera cuidadosa el aumento de peso, así como la mejoría marcada en las condiciones de su sangre después de operados. Por ejemplo: N. T. de 70 años neg. portador de un hidrocele doble enorme por muchos años; está anémico, desnutrido casi caquéctico, es operado; mejorando de salud en todo sentido hasta el extremo de pesar 15 libras más a los diez meses de la operación, y manifestar él mismo sentirse mucho mejor que antes. Este paciente no cambió en absoluto sus condiciones de alimentación y de vida después, por tratarse de un confinado de la penitenciaria.

He querido presentar a ustedes, algunas de las fotografías de nuestros casos, sin querer traeros más que po-

cas de ellas en las cuales se pueden ver plenamente algunas de las formas de la afección. La No. 1. nos demuestra la distensión enorme a que puede llegar el escroto, escondiendo el pene debajo de su piel como consecuencia de la distención de su pared anterior, siendo la piel de aquella contínua con la del prepucio en el mismo punto. Esto puede dar resultado en los casos extremos como éste, a la acumulación de secreciones del glande y a inflamaciones e infecciones del balano, así como a escoriaciones por el paso de orina.

El caso No. 2 nos demuestra la constricción del escroto, en su punto medio, producida por el engrosamiento de la fibrosa al nivel de la parte media del testículo, dando a todo la forma de un reloj de arena.

El No.3. Es uno de hidrocele mediano doble, en el que pudimos comprobar una hernia de la viginal a través del fondo de saco subepididinario dando a la cavidad una forma irregular y doble, separando el epididimo del testículo por espacio de un centímetro cuyo punto correspondía a la garganta del saco.

El No. 4 es un hidrocele doble en que un saco es mayor que el otro y en que se vé detalladamente el pedículo formado por el cordón espermático, es de seis años de duración habiendo permanecido del mismo tamaño por los últimos cuatro años, demostrando así el engrosamiento y resistencia de las paredes del saco que actualmente le dan la consistencia y apariencia al tras luz de un tumor sólido.

DIAGNÓSTICO.

No envuelve en sí dificultades, los medios de llegar a él son fáciles y de pronta ejecución. Son tres: La inspección, la palpación y la esploración directa. El primero es el más incierto de todos, puesto que nadie podría asegurar que la distención y aumento de volúmen del escroto correspondiese solamente a un hidrocele, si tenemos en cuenta las hernias escrotales, los tumores sólidos del testículo y epidídimo, el hematocele etc., teniendo necesidad por consiguiente de adicionar a la inspección alguno de los otros medios de diagnóstico o ambos en el mismo caso.

La inspección se completa con el exámen al trasluz, que todos hemos practicado, y que es de gran valor efectivo en aquellos casos en que la túnica no ha llegado a obtener el grosor necesario para impedir el paso de luz a través de ella, dando así la impresión de un tumor sólido.

La palpación es otro medio de especial valor para aquellos que han tenido ya bastante experiencia en su práctica. A una mano experimentada bástale tocar un escroto distendido para percibir la sensación especial del líquido acumulado y que tan difícil es describir. Podría decirse que en el caso de un hidrocele enteramente distendido por la acumulación de una gran cantidad de líquido con un saco de paredes resistentes la fluctuación sería nula y daría toda la sensación de un tumor sólido; pero no es siempre precisamente la fluctuación lo que nos da la clave en este diagnós-

tico, sinó que también al palpar debemos percibir la relación del tumor con el cordón arriba, cerca de la ingle observando o precibiendo la posición del testículo por la sensación al tocarlo; notando cuidadosamente la movilidad de toda la masa en sus relaciones con el pedículo. La exploración directa es el medio de diagnóstico más seguro y el único que puede darnos la idea exacta no sólo de la presencia del líquido acumulado sinó que también de la naturaleza de él, dato de gran utilidad e importancia. Ha de tenerse presente que la aguja debe ser de un lúmen mediano, por el caso posible de un hematocele con líquido espeso y la posibilidad de confundirlo así con un tumor sólido por la ausencia del líquido en la geringa, de aguja fina.

Así pues es la palpación el medio más frecuente de examen y diagnóstico ayudado este cuando sea requerido, por la exploración directa con una aguja de lúmen regular. Sin olvidar desde luego la vieja recomendación de evitar herir el testículo que está situado en la parte postero-inferior del tumor pero que puede estar anteriormente precisamente en el punto de elección para la exploración.

TRATAMIENTO.

Se basó al principio en la evacuación del líquido, más tarde en la evacuación e injección de sustancias en la cavidad de la túnica, para provocar así un proceso inflamatorio que diese por resultado la obliteración del saco, por adherencias entre la serosa parietal y la visceral. Luego evolucionó el tratamiento quirúrgico, desde la incisión y empacado de la cavidad (Volkman), resección de la túnica, etc., hasta la inversión o sea el procedimiento moderno, más seguido hoy en todos los hospitales y que es el que hemos practicado aunque con algunas modificaciones en nuestros 103 casos operados en el hospital de la Penitenciaria de San Juan durante los últimos seis años.

La inyección consecutiva al vaciado, solamente nos daba un promedio de curacioens igual a un 40 o|o a lo más, cosa poco satisfactoria hoy en nuestra clientela particular y capaz de hacer fracasar a cualquier cirujano, además de los peligros consecutivos a la posibilidad de la persistencia de un canal peritóneo-vaginal y la penetración del líquido en la cavidad del peritoneo.

Todos los otros métodos cruentos conocidos se basan en la destrucción completa de la cavidad de la túnica vaginal, y el método de Doyen Jabulay, reune indudablemente todas las cualidades necesarias para el éxito completo, y la garantía necesaria en cuanto a curación permanente se refiere.

Nuestros casos solo cuentan una recidiva, y esta ocurrió en los primeros tiempos de nuestra experiencia con este procedimiento y pudimos a nuestro entender determinar exactamente la causa.

Nuestros casos en el hospital son observados por mucho tiempo la mayor parte de ellos, debido al hecho de que sus condiciones de confinados no les permite estar fuera del campo de

nuestra observación, habiendo tenido de esta manera la oportunidad de estudiarlos por algún tiempo después de operados, percibiendo de una manera cuidadosa los cambios ocurridos en los tegidos vecinos así como en el testículo en sí.

Con todas estas ventajas nos ocupa este estudio práctico y clínico durante los últimos siete años, llegando hasta ahora a las conclusiones siguientes en cuanto a tratamiento de la enfermedad: el procedimiento de Doyen Jabulay puesto en práctica con los detalles adicionales en su técnica, de que vamos a hacer referencia, constituye el más recomendable en el tratamiento del hidrocele tropical, el de más resultados positivos en cuanto a curación permanente se refiere.

Su técnica es de lleno conocida por todos nosotros, y por lo tanto pasaremos ligeramente sobre ella. Incisión de dos o más pulgadas hasta la fibrosa, disección de todo el saco distendido, hasta el ligamento testicular donde encontraremos una resistencia a nuestro dedo provocada por el engrosamiento e hipertrofia de éste, más o menos marcada según el tamaño del hidrocele; incisión y vaciado del saco perfectamente disecado hasta el pedículo (cordón espermático,) extracción del saco del testículo fuera del escroto. División con tigeras del ligamento, o sea, la porción de tegido fibromuscular que lo forma y que está adherido a la piel del escroto; quedando así separado todo (testículo y túnica vaginal), de los tegidos que le rodeaban en el saco escrotal, siendo posible entonces hacer cómodamente la inversión de la túnica incindida, pasándola por sobre el cordón y parte posterior del epididimo, y suturarla con dos puntos de catgut. Si el saco fuese excesivamente grande reséquese un pedazo e inviértase el resto; aunque no he tenido inconveniente en dejar grandes sacos invertidos sin resecar nada de ellos, y en ocasiones engrosados bastante, habiendo observado que se han reabsorbido con el trans curso de algunos meses; sin embargo el paciente no vé con agrado el hecho de que el escroto no se ha disminuido de tamaño todo lo que él se esperaba, inmediatamente después de operado, siendo por este concepto necesario o conveniente resecar el pedazo de túnica en aquellos casos voluminosos, para así subsanar este detalle.

Queremos hacer especial mención del tiempo de la operación que se refiere a la división del ligamento testicular del escroto. Es este ligamento una estructura fibromuscular que va desde el testículo hasta la piel del escroto atravesando todos los tegidos entre ambas estructuras; de manera que es un engrosamiento situado en la porción postero-inferior del escroto y que sostiene en éste punto el testículo pegado a todas sus envueltas; y es lo que eleva e invagina la piel del escroto, infero-posteriormente, cuando actúa de arriba el músculo cremaster levantando el testículo hacia la ingle. Este ligamento que es el paso de vasos sanguineos y linfáticos desde las cubiertas hasta el testículo, aumenta de volúmen y se hipertrofía con aquellos en el hidrocele, resultando una extructura dura y en casi

todos los casos difícil de dividir enteramente con los dedos.

En nuestras primeros operaciones pudimos observar la imposibilidad de hacer una inversión completa siguiendo las descripciones de técnica operatoria conocidas entonces, comprobando la importancia de este tiempo operatorio en casos como el siguiente, y que es el único reproducido en nuestra serie de 103 operaciones. S. R. de 30 años de edad paciente de la penitenciaria, presenta un hidrocele del lado derecho de algunos años de duración y del tamaño de una naranja grande; es operado por la técnica corriente de Doyen Jabulay sin poner atención aún al detalle citado. Se tomó un punto con catgut en los bordes de la túnica invertida; dado de alta curado a los nueve días. Aparece en la enfermería a los dos meses con el hidrocele reproducido y del mismo tamaño que la vez anterior; operado nuevamente encontramos al hacer la incisión y disecar el saco que se trataba del mismo caso exactamente que la vez anterior, esto es, la colección de líquido estaba en el mismo saco o cavidad de la vaginal que habíamos invertido en la sesión anterior hacían dos meses. Disecado cuidadosamente el aspecto postero inferior del tumor, exteriormente, nos convencimos de que había una una porción de tegido resistente que al levantar el saco nos hizo ver lo incompleto de nuestra primera operación al no dividirlo. No habíamos dividido el ligamento testicular del escroto, la inversión de la túnica estaba hecha sobre él, y el punto de catgut; y ayudado este por de incisión del saco, alrededor de esta estructura y no sobre el cordón o pedículo. Al colocar el testículo y túnica invertida en el escroto, naturalmente que hubo de tirar separando los bordes de túnica suturados con el punto de catgut; y ayudando este por algún movimiento brusco del paciente al ser transportado a la cama, así como por el hecho posible de haber cedido el punto de catgut humedecido ya, volvió a evertirse la túnica invertida recobrando su situación primitiva dejando de esta manera los bordes de la túnica incindida en oposición completa y en condiciones propias para la cicatrización reproduciendose así la cavidad vaginal y por lo tanto el hidrocele. Esto que tal vez en teoría sea un poco confuso, en la práctica puede demostrarse fácilmente. Luego hemos tenido noticias de casos reproducidos, operados por el procedimiento éste, pero sin llevar a cabo este tiempo de la operación.

Algunas disecciones sobre el cadáver para los datos anatómicos, y el éxito completo en los 103 casos operados en la clínica de la penitenciaria, así como un número de ellos más, hechos en la clientela particular sin ninguna reproducción, nos han autorizado creemos para manifestar la necesidad de llevar a cabo este pequeño detalle de técnica operatoria, de manera que nuestros resultados sean positivos en cuanto a curación permanente en el 100 por 100 de nuestros operados.

El tiempo subsiguiente consiste en tomar dos puntos con catgut. No. 3 simple en los bordes de la túnica inver-

tida y sobre el epidídimo y cordon espermático en su aspecto posterior, y colocando todo en el escroto, cerrar la incisión de la piel con varios puntos de crin de Florencia o seda.

En los primeros tiempos de la práctica de este procedimiento para la cura radical del hidrocele, surgió la fundada pregunta sobre la posibilidad de cambios en el testículo debidos a la falta de su cubierta la túnica refleja; mas las investigaciones sobre cadáveres de operados de hidrocele comprobaron el hecho de la hipertrofia de la túnica visceral hasta el extremo de suplir compensatoriamente, formando asi una capa bastante resistente y enteramente apropiada para cubrir la víscera convenientemente. Nuestras experiencias sobre cadáveres de operados en el hospital de la penitenciaria han venido a demostrar este mismo hecho y en varias ocasiones hemos podido observar lo firme de las aderencias fibrosas alrededor del testículo, y el engrosamiento marcado de la túnica visceral

El tratamiento post operatorio se reduce a la quietud durante seis o siete días, aunque en algunos casos de hidroceles pequeños nuestros pacientes se han levantado al otro día, pasando los días de la cicatrización en sillón sentados, o andando, con su suspensorio desde luego. Esto no es recomendable especialmente en aquellos casos en que la reacción inflamatoria del testículo es marcada y aunque es un proceso inflamatorio aséptico, podría provocar una orquitis dolorosa, que mas tarde podía influir en las condiciones de la glándula. Así pues, nuestros pacientes son obligados a permanecer en cama por un período de ocho días mas o menos al cabo de los cuales son dados de alta encargándoles observar los cuidados consiguientes por algunos días más.

La anestesia en el mayor número de nuestros casos fué hecha intra raquidiana por el método de Jonnesco usando la estovaina asociada a la estricnina en dosis de cuatro o cinco centígramos de estovaina y un milígramo de estricnina. Algunos casos fueron operados con anestesia local, y muy pocos con cloroformo o éter. En los operados con soluciones de estovaina al dos por ciento inyectados localmente, tenemos por costumbre inyectar a nuestro paciente una dósis de 0.015Gm. de morfina como una cuarto de hora antes de empezar la operación, para de esta manera contrarrestar el dolor reflejo sobre la región renal, que indudablemente es considerable y que según la opinión de un colega a quien operé de hidrocele en esta forma, puede describírsele como igual a un cólico *renal* invertido, esto es, empezando el dolor en el escroto y terminando o irradiándose a la región renal.

De todo lo espuesto podemos a mi entender derivar las conclusiones siguientes:

I. Que la etiología del hidrocele tropical, no puede ser concretada a los datos hasta hoy emitidos de traumatismos pequeños, gonorrea, sífilis, tuberculosis, la acción de los climas cálidos etc; sinó que hay que buscar un elemento que explique de una manera mas concluyente su frecuencia en los

climas cálidos asi como su rareza en los fríos; y que éste elemento parece ser según nuestras observaciones la filariosis, quedando los pequeños traumatismos como elementos determinantes de un proceso ya latente.

II. Que hemos de distinguir y agrupar bajo el nombre de hidrocele tropical aquellos casos, que ofreciendo en nuestro país una frecuencia de un 22.4%, tienen todos la misma forma el mismo modo de presentarse, la misma etiología y el mismo curso enteramente.

III. Que el tratamiento de la afección es enteramente quirúrgico, y que el procedimiento operatorio que mas garantias ofrece en cuanto a curación permanente, facilidad de ejecución y garantia de estabilidad en lo que a la viscera testicular se refiere es el de Doyen Jabulay, siempre que se tenga muy presente en su ejecución el detalle no descrito por sus autores aun, de dividir el ligamente testicular del escroto, especialmente en aquellos casos de algun volúmen en que esta estructura anatómica adquiere dimensiones.

Réstanos decir algo sobre la autoinoculación como tratamiento de ésta afección.

Nuestras experiencias solo cuentan dos casos inyectados varias veces empezando por cinco c. c. del líquido del hidrocele en el tegido celular del vientre, cada cuatro o cinco días. Todos los casos fueron inyectados mas de tres veces aumentando las dósis

Ninguno de nuestros casos esperimentó mas efecto que la disminución del saco por la cantidad de líquido q. se sacaba sin que sanase definitivamente alguno de ellos.

Esto, desde luego no nos autoriza a emitir opinión alguna en este método de tratamiento, mas si podemos decir practicamente y en lo que a la práctica privada se refiere, es un procedimiento que no ofrece garantías para nuestro cliente y que en la actualidad no podemos adaptarlo a la práctica diaria. Tal vez mas tarde con la evolución y con las modificaciones que la experiencia pueda sugerir, podamos sentarle como uno de los medios de tratar el hidrocele, mas hasta hoy no es así.

APENDICITIS AGUDA EN LOS NIÑOS.

Un análisis hecho en una serie de 208 casos de apendicitis en niños, incluyendo hasta la edad de siete años, según el record del Hospital de Londres, durante los pasados diez años, H. E. S. Stiven ha observado una mortalidad de 41.8 per cent.; perforación o gangrena en 31.2 per cent.; peritonitis generalizada en 25.9 per cent.; abscesos localizados en 40.4 per cent. e inflamación limitada al apéndice en 14.4 per cent. Del número total de casos de apenidcitis que alcanzó a 4239 durante el mismo período, 506 fallecieron: una mortalidad de un 11.9. Probablemente la causa de esta mortalidad tan alta obedece a lo corto que es el omentum en los niños.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA de Puerto Rico.

Suscripción....3 Dollars por año

Diciembre 1912 y Enero 1913.

EDITORIAL

LA ASAMBLEA MEDICA de 1912.

La última asamblea anual celebrada par la ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO tuvo lugar en los días 14 y 15 de Diciembre de este año de 1912, y fué un verdadero éxito no solamente por el número de médicos distinguidos que a ella concurrieron, sinó también por las cuestiones tratadas, por los documentos valiosísimos que en ella se leyeron.

Publicamos a continuación una nota breve, extracto del acta de la sesión, para que en todo tiempo haya constancia del proceso de la reunión magna y en dicha nota podrá verse la confirmación de lo que antes decimos.

Varios fueron los temas que sobre cuestiones médico-sociales de alta trascendencia se trataron por los médicos asistentes y es de lamentar que circunstancias especiales privaran a la asamblea del concurso de un taquígrafo que tomara nota exacta de todas las manifestaciones hechas a aquellos propósitos, manifestaciones que no pueden ser de otro modo esteriorizadas en el acta de la sesión cualesquiera que sean las magníficas disposiciones de los Secretarios que en el acto intervinieron.

La nota rápida, breve, producto de la impresión que en el ánimo causa la controversia no puede ser recogida sinó por el arte gráfico que estampa en el papel el pensamiento con el antecedente que le dió orígen y con el consecuente a que dá lugar. Decimos que es lamentable la ausencia del taquígrafo, porque nos vemos privados en estos momentos de condensar todo el proceso de la discusión en asuntos de altísimo interés, asuntos que sólo por haber sido tratados en aquella ocasión, constituyen honor para la ASOCIACION MEDICA.

Muchos problemas sociológicos, asuntos que están dañando la vida del pueblo puertorriqueño, caen necesariamente bajo la jurisdicción de la clase médica que es la que más directamente se encuentra en contacto con estos problemas; y, por modo necesario, a la clase médica corresponde iniciar el conocimiento y estudio de esos problemas y al propio tiempo proponer el remedio eficaz, para subsanar sus errores o deficiencias, para resolverlos definitivamente.

El doctor Rafael Vélez López, distinguido cirujano de alto renombre en la clase médica puertorriqueña, puso sobre el tapete una cuestión de beneficencia municipal que indudablemente encierra una de las cuestiones de más difícil solución entre las muchas pendientes de estudio en Puerto Rico. El doctor Vélez López expuso el tema con absoluta claridad y las breves notas de su trabajo que se publicarán en este Boletín, darán buena cuenta de su importancia. La discusión fué empeñada, tanto que la Asamblea resolvió encomendar a un Comité el estudio del asunto como

tema obligado para una próxima reunión general de la Asociación.

En el mismo caso se encuentra otro tema de absoluta actualidad, cual es el de la mejor forma, la más conveniente de organizar el Cuerpo Directivo de la Sanidad en Puerto Rico, estudiando de modo particular las ventajas que puede tener el gobierno sanitario unipersonal sobre el de una Comisión o Junta, uno de cuyos miembros sea el ejecutor del acuerdo colectivo. La discusión de este asunto se hizo viva porque afecta intereses molestados durante la última campaña epidemial y tomó caracteres tan sobresalientes que la Junta hubo de convenir en la necesidad de que se estudiara detenidamente el problema y se trajera a la mesa una conclusión, base de nuevas discusiones en una reunión futura y al efecto, el propio autor del tema doctor Vélez López, retiró su proposición inicial solicitando que quedara sobre la mesa.

El ejercicio de la medicina legal en Puerto Rico fué tema puesto sobre la mesa por el doctor Torregrosa de Aguadilla. La lectura del brillante escrito, magnífica condensación de todo lo que en la materia puede escribirse, con perfecto conocimiento, tratando de la organización de un Cuerpo de Médicos forenses en Puerto Rico, causó impresión favorable entre los concurrentes no solamente por el mérito intrínseco del trabajo, sinó porque era la expresión del deseo de todos, deseo determinado por la necesidad científico-social de un cambio en la manera en que actualmente intervienen los profesores médicos para auxiliar a la administración de justicia.

El doctor Salazar, de Ponce, distinguidísimo compañero, uno de los obreros infatigables de la ciencia de curar en Puerto Rico, en un breve escrito incitaba a la Sociedad a tomar acuerdos sobre la misma materia, por lo cual la junta resolvió encargar a los doctores Torregrosa y Salazar la redacción de un proyecto, creando un Cuerpo de Médicos forenses en Puerto Rico.

El ya indicado doctor Salazar, expuso la necesidad de que la Asociación patrocine la idea de establecer en Puerto Rico la inspección médica de las escuelas. Este asunto, absolutamente científico, parece que estaba en la mente de todos, al punto de que su lectura, si bien dió lugar a discusión, lo fué para ameritar el trabajo del doctor Salazar con nuevos ejemplos de su necesidad y conveniencia. La asamblea se pronunció unánimemente en favor de que se solicite de la Legislatura de Puerto Rico, una ley creando un Cuerpo de Médicos Inspectores de escuelas.

El doctor Bailey K. Ashford, nuestro sabio compañero, que ha logrado hacer sitio en la ciencia universal a un trabajo tan valioso en sí y por su influencia sobre nuestro pueblo, como lo es la erradicación del parásito *Necator Americanus*, asociando a su trabajo científico el nombre de nuestro país, trajo a la consideración de la junta el esbozo de un estudio de grandísima importancia. El doctor Ashford leyó unas notas breves sobre observaciones de una forma de enteritis

crónica, conocida con el nombre de *sprue* y a cuyo estudio ha dedicado una buena parte de su tiempo en estos últimos meses. El trabajo del doctor Ashford, fué oido con marcadísimo interés y corroborado por el doctor Salazar, de Ponce, que ha dedicado algún tiempo a iguales estudios, así como por los doctores Muñoz Diaz y Font y Guillot.

También quedó nombrado un Comité que se ocupe del estudio de la enfermedad para traerlo a conocimiento de la Asociación en una reunión próxima, aportando todos los datos que puedan obtenerse sobre tan interesante cuestión.

El doctor Otis, de Peñuelas, nos dió a conocer un trabajo de observación clínica particular sobre la tuberculosis pulmonar, enfermedad que está haciendo estragos en el país. Las dimensiones de ese trabajo no nos permiten publicarlo en este número, aplazándolo para el próximo, cuando el doctor Otis, que vive lejos de San Juan, pueda revisar sus cuartillas.

El doctor Font y Guillot que a cada asamblea de la asociación concurre con un brillante trabajo y cada vez de mayor mérito, leyó una disertación, cuya lectura recomendamos a nuestros lectores, demostrando de modo pleno la imperiosa necesidad de crear en Puerto Rico un nuevo Manicomio, un establecimiento que sea verdaderamente un Hospital de locos, antes que un Asilo, rodeado de todos los elementos necesarios para tratar, aliviar y curar las enfermedades mentales. La monografía de ese trabajo es una demostración viva del poder intelectual del doctor Font y Güillot y su procedimiento magistral de exposición.

El interesantísimo tema de la protección de la infancia en aquellos momentos en que el apoyo, el cuidado han de ser más eficaces para obtener en último resultado, ciudadanos fuertes y vigorosos, fué escogido por el doctor Quevedo Báez, para recrear a la concurrencia, con una demostración nueva de su fecunda inteligencia y de la oportunidad en la elección de temas. La creación del Dispensario de la Infancia es algo que ante los hombres de pensamientos es inevitable. Cualquiera que fije su atención en las espantosas cifras de mortalidad de los niños en Puerto Rico, si es hombre de sentimientos humanitarios, y de ello hay riqueza en nuestro país, no podrá menos de clamar a viva voz, por un remedio que ponga coto a la sangría de la vida que con nuestra indiferencia consentimos en Puerto Rico. Es ese el tema hábilmente expuesto por el doctor Quevedo Báez, y que con desarrollo perfecto encontrarán los lectores del Boletín en estas mismas páginas.

La sección de cirugía contribuyó con trabajos de importancia a dar realce a las sesiones de la asamblea. El doctor Vélez López presentó la Importancia de la Cirugía en los locos como medio de tratamiento de muchas vesanias. El doctor Perea Fajardo, de Mayagüez, que no pudo concurrir a la sesión, confió al doctor Gutiérrez Ortiz el encargo de dar lectura a varios casos de esplenectomía que llamaron profundamente la atención de

la asamblea pronunciándose esta unánimemente en favor de un aplauso sinceramente tributado al joven cirujano mayaguezano.

Uno de los trabajos que más impresionó a los médicos reunidos en la asamblea, fué el magistral estudio clínico ofrecido por el doctor Vergne Castello, de Barceloneta, acerca de la fiebre perniciosa. No hemos de extendernos mucho en expresar la admiración producida por el modestísimo y distinguidísimo doctor, con la lectura de su trabajo, porque no es ese el propósito de este escrito; pero no debemos dispensarnos de expresar que las felicitaciones que recibió el joven médico, fueron unánimes y expresivas de la satisfacción verdadera conque la asamblea acogía su trabajo excelentísimo. Los plácemes agobiaron al doctor, el cual indudablemente no olvidará en los días de su vida, aquellas manifestaciones de simpatía recibidas por modo expontáneo de sus compañeros de profesión. Tan importante fué y es el tema desarrollado por el doctor Vergne, que varios miembros de la asamblea, después de aducir razonamientos en apoyo de las conclusiones del doctor Vergne, así como de hacer objecciones a esas mismas conclusiones, convinieron en la necesidad de celebrar un certámen científico para premiar la mejor monografía que se presentara acerca del paludismo en Pueto Rico. Con este motivo, se acordó también por moción del doctor Vazquez solicitar de la Legislatura, como necesidad imperiosa, una ley que determine la preparación de un mapa topográfico de las zonas pantanosas de Puerto Rico.

Por el bosquejo que dejamos trazado de la última sesión celebrada por la Asociación Médica de Puerto Rico, puede verse cual fué su importancia y que refleja bien ganado crédito sobre la profesión médica de Puerto Rico, la cual, ahora como siempre, figura en las avanzadas del progreso del país. La asociación acrece en importancia y está llamada a desarrollar grandes iniciativas que no solamente propendan a ensanchar los horizontes de la ciencia médica, sinó que también alcancen méritos que reflejar sobre sus componentes, los profesionales de la isla. Cada sesión demuestra mayor viveza de pensamiento y mayor suma de reflexión en el estudio, dando espacio a nuevos horizontes y paso a nuevas inteligencias que aumentan el tesoro científico social.

De ahora en adelante la Asociación Médica de Puerto Rico, vencidas las dificultades con que hasta ahora tropezara, formará parte de la Asociación Médica Americana y de este modo ensanchará sus medios y posiblemente hará que sea conocida en el exterior por su existencia activa y trascendente.

La Junta Directiva elegida en la última sesión es una garantía positiva de que el progreso de la Sociedad no solamente no habrá de detenerse, sinó que caminará hacia ampliaciones de considerable beneficio comunal.

Debemos dar, pues, nuestra más completa enhorabuena a la Sociedad por los progresos hechos y si de algo

valiera nuestro estímulo, no dudaríamos en afirmar que el camino hasta ahora emprendido es el más seguro para llegar a las altas cumbres de la ciencia y a los éxitos seguros de la Asociación.

A continuación damos un resúmen del acta de la asamblea en un extracto brevísimo.

EXTRACTO

DE LAS SESIONES DE LA ASAMBLEA ANUAL CELEBRADA EN LOS DIAS 14 y 15 DE DICIEMBRE DE 1912 POR LA "ASOCIACION MEDICA DE P. R.

(*Sesión de la tarde, día* 14.)

La asamblea se celebró en el salón del Consejo Ejecutivo de Puerto Rico. La primera sesión empieza a las dos y veinte y siete minutos de la tarde. Se lee y es aprobada el acta de la sesión anterior, o sea la celebrada en Aguadilla el día 14 de Abril de 1912.

Asisten a la primera sesión cincuenta y tres miembros.

El presidente doctor J. E. Saldaña abre las sesiones de la asamblea en elocuente discurso, en el que expone los trabajos realizados por la Junta Directiva actual durante el año de 1912. Después de tratar los asuntos relativos a la marcha de la Asociación, termina recomendando la consideración de los siguientes asuntos: 1o. Situación actual de los tuberculosos, los cuales no tienen donde acojerse; 2o. Establecimiento de un cuerpo de médicos forenses; 3o. Condición de aislamiento en que se tiene a los leprosos; 4o. Necesidad de un servicio especial para combatir la uncinariasis.

Propone y se acepta que se sometan a la Legislatura de Puerto Rico, las conclusiones a que se llegue sobre dichos asuntos en solicitud de acuerdo legislativo.

TRABAJOS CIENTIFICOS.

1o.—La práctica de la beneficencia municipal en Puerto Rico, doctor Rafael Vélez López. Después de discusión detenida, se nombra un comité compuesto de los doctores Vélez López, Monagas y Quevedo Báez, para que estudie este asunto y someta sus conclusiones a la Junta Directiva de la Asociación y a la Asociación del distrito de San Juan, después de lo cual el proyecto ha de ser consultado por *referendum* con los miembros de la Asociación para su aprobación final.

2o.—Cómo debe constituirse la Junta Superior de Sanidad, doctor R. Vélez López. La discusión del tema consume todo el tiempo restante de la tarde.

(*Sesión de la mañana, día* 15.)

1o.—"La fiebre perniciosa en Puerto Rico," doctor Vergnes Castello.

Con motivo de este trabajo, la asamblea adopta la siguiente resolución:

"Resuélvase por la Asamblea que se haga constar en el mensaje a los cuerpos legislativos la necesidad imperiosa de que se haga un mapa topográfico que contenga las zonas pantanosas de Puerto Rico, para que pueda iniciarse la campaña de extinción contra el paludismo, ya que éste determina una alta mortalidad en la isla."

También se tomó otra resolución acordando la celebración de un certámen científico, para premiar la mejor monografía acerca del "Paludismo en Puerto Rico."

2o.—Necesidad imperiosa de la creación de un nuevo manicomio, doctor E. Font y Guillot.

(*Sesión de la tarde, día* 15.)

1o. — El ejercicio de la medicina legal en Puerto Rico, doctor Arturo Torregrosa Se toma acuerdo para que se encargue a los doctores Torregrosa y G. Salazar la redacción de un proyecto creando un "Cuerpo de Médicos Forenses." Dicho proyecto irá incluso en el Mensaje a los cuerpos legislativos.

2o.—Inspección médica de las escuelas, doctor G. Salazar. Se acuerda que se solicite de la legislatura la creación de un cuerpo de médicos inspectores de escuelas, incluyendo al efecto el trabajo del doctor Salazar.

3o.—Tratamiento del Sprue, doctor B. K. Ashford. Presenta casos clíicos de la enfermedad y describe el tratamiento por la santonina amarillada. Se nombra un comité para el estudio del tema, compuesto de los doctores Ashford, Salazar, Muñoz Díaz, Ruiz Arnau y Pila.

4o.—Puntos esenciales en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, doctor E. F. Otis.

5o. — Cirugía en los locos, doctor R. Vélez López.

6o.—Dos casos de esplenectomia, doctor P. Perea Fajardo. (leído por el doctor Gutiérrez Ortiz.)

7o.—Dispensarios de la infancia, doctor M. Quevedo Báez.

Al terminar la presentación de los trabajos científicos, se acuerda que se haga un número especial del Boletín, en el que se publicarán los trabajos presentados a esta asamblea.

(*Sesión de la noche.*)

Son aprobados la Constitución y Reglamento que han de regir para la Asociación Médica de Puerto Rico y para las Asociaciones Médicas de Distritos.

El Dr. Vélez López retira de la discusión el tema sobre constitución de la Junta de Sanidad, que había sido aplazado para esta sesión. Así se acuerda.

Se trata un asunto de ética médica que queda referido al Consejo de la Asociación.

El doctor Saldaña somete a consideración la necesidad de elegir una Junta Directiva, pues la actual, aunque elegida por dos años, habiéndose adoptado un reglamento nuevo, debe cesar en sus funciones. Declara su propósito, su resolución firme de no continuar en la Directiva.

En igual sentido se manifiesta el Dr. Gómez Brioso, Vice-Presidente.

El Tesorero doctor Jacinto Avilés lee su informe de las cuentas sociales. La situación es la siguiente: la Asociación Médica de Puerto Rico, cuenta hoy con ciento cincuenta y dos miembros.

La tesorería ha llevado una labor ruda tratando de regularizar el cobro de cuotas mensuales, procurando hacerlo en la forma más conveniente. Los asociados de la Isla han venido efectuando el pago por trimestres y semestres, vencidos. La mayoría de

los socios han comprendido bien los esfuerzos que realiza la Asociación. Existe, sin embargo, una cantidad de $400.00 por cuotas pendientes de pago, no obstante las diferentes súplicas hechas por tesorería para procurar ingresos.

El capital en metálico de la Asociación, asciende a la cantidad de $2,711.48.

Desde hace cinco meses, la Asociación ha aumentado sus gastos concretos teniendo un presupuesto mensual de $100.00, distribuidos en la forma siguiente:

Por impresión de Boletín de la Asociación, $60.00.

Por alquiler de casa para la Asociación $15.00.

Por pago de escribientes de tesorería y secretaría $23.00.

Por comisión de cobro $4.00.

Por gastos eventuales, material de escritorio, sellos de correo, $5.

En el departamento de ahorros del banco se encuentra aún la cantidad de $207.61 pertenecientes a los fondos de protección médica como producto de la venta de certificados médicos.

La cantidad de $417.00 que existía como fondos del proyecto de montepio, ha sido devuelta a sus imponentes, por acuerdo en la Asamblea de Aguadilla.

La asamblea acuerda entregar a la viuda del doctor Augusto Franco la cantidad de $207.61 remanente de la venta de papel para certificados.

Nombrada una comisión para que examine las cuentas de la Asociación, formada por los doctores López Antongiorgi, A. Vallecillo y S. Giuliani, dará informe a la Junta Directiva.

Se verifican las eleciones de funcionarios con el siguiente resultado:

Presidente, Dr. Rafael Vélez López.
Vice-Presidente, Dr. B. K. Ashford.
Secretario, Dr. Jorge del Toro.
Tesorero, Dr. Jacinto Avilés.

Consejeros: Dr. J. A. López Antorgiorgi, por un año; Dr. Eliseo Font y Guillot, por dos años; Dr. Manuel Quevedo Báez, por tres años.

El doctor Vélez López lee un trabajo sobre ética médica y proyecto de asociación económica, el cual pasa a estudio de la Junta Directiva.

Termina la sesión a las doce menos cuarto de la noche.

RESOLUCION

TOMADA EN EL CONGRESO CLINICO DE CIRUJANOS CELEBRADO EN LA CIUDAD DE NEW YORK EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 1912.

Debido a los numerosos trabajos científicos medico-sociales y administrativos llevados a cabo en la asamblea anual de nuestra Asociación Médica durante los días 14 y 15 de diciembre nos fué imposible reseñar, aunque brevemente, los trabajos presentados ante el Congreso Clínico de Cirujanos celebrado en la ciudad de New York, a cuyo congreso tuvo el que suscribe el honor de ser elejido como Delegado por el Distrito de Puerto Rico; y, particularmente, de que se me otorgara bondadosamente la representación de la Asociación Médica de Puerto Rico. Deseo, pues,

dar a conocer desde las columnas de este Boletín los trabajos llevados a cabo en las sesiones y algunas de las operacniones practicadas en las clínicas de los hospitales.

Comenzaré por informar acerca de una resolución adoptada por el Congreso de Cirujanos la cual estimo de gran importancia para nuestra clase médica y particularmente para el cuerpo de cirujanos. Dicha resolución resuelve dos problemas que envuelven dos necesidades que se sienten vivamente en Puerto Rico, y ambas son de carácter científico y médico-social.

Antes de especificar la resolución adoptada voy a exponer las frases con que se expresó el autor de la misma Dr. F. H. Martin.

Señores: El éxito expontáneo que ha alcanzado este Congreso Clínico de Cirujanos de Norte América, que en su tercer congreso anual ha conseguido sin esfuerzo alguno la reunión de 2600 cirujanos y que tiene en su registro 9,000 nombres como socios demuestra plenamente que algo debe de hacerse porque hay necesidad de ello en las sociedades médicas y que ese algo se ha de conseguir con un movimiento importante que tiene que resolver esta organización de cirujanos.

El éxito sin precedente de este Congreso arroja gran responsabilidad sobre aquellos que fueron los iniciadores de la idea de concepción. Creo que ellos darán una gran oportunidad a los cirujanos si los esfuerzos de esta organización se conducen juiciosamente.

Esta Asociación de Cirujanos ha resuelto ya uno de sus principales objetos en las asambleas verificadas durante los tres últimos años, que ha sido el de dar facilidades a sus miembros para atender a las clínicas quirúrjicas más importantes y en todas sus especialidades. También se ha conseguido que se publiquen revistas de bibliografías y extracto de los trabajos quirúrgicos.

Ahora, yo deseo que se ejercite la influencia de esta gran organización con un nuevo esfuerzo que será no solamente útil y de gran interés para nosotros mismos, sino que, también, ha de beneficiar al público que de tiempo en tiempo solicita de nuestros conocimientos para ponerse confiadamente en manos del operador. Para ser mas claros y precisos creo que esta organización de cirujanos del continente americano debe de asumir la responsabilidad y la autoridad de regularizar y de velar por el adenlanto científico de la cirujía y por los intereses del pueblo en general.

He aquí la resolución: "Que se establezca un Colegio especial para el progreso y preparación en estudios prácticos, a todo médico que desee dedicarse al ejercicio de la Cirujía. Este Colegio especial tendrá la facultad de otorgar un grado superior al de Doctor en Medicina. La institución será reconocida por todos los demás Colegios de Medicina y estará facultada para enseñar los conocimientos quirúrgicos y para otorgar el diploma de Cirujano a todo aquel que haya demostrado suficiencia quirúrgica en todas sus partes."

Esta labor puede empezarse inmediatamente, y autorizando a este cuerpo de profesores reunidos aquí para hacer el nombramiento de un Comité, en el cual estén representados todos los Estados y Territorios, cuyo Comité tendrá la facultad de actuar bien sólo o con la cooperación de otros comités que puedan ser invitados para tal fin, con arreglo a las siguientes líneas de conducta:

Primero. El Comité señalará el grado mínimo de los requisitos que deberá tener todo graduado de medicina, y que desee dedicarse independientemente, a la práctica de la cirujía, bien sea general o una especialidad de la misma.

Segundo. El Comité considerará el nombre de todos aquellos que deseen practicar la cirujía, los cuales habrán de satisfacer los requisitos que se exigieren.

Tercero. El Comité escojerá los medios de poner bajo el amparo de las leyes de la Nación, del Estado o del Territorio, el grado o diploma especial superior al grado de Doctor en Medicina y que será conferido a todo médico que llene los requisitos requeridos por esta Ley y que será necesario para el ejercicio de la cirujía como Cirujano.

Cuarto. El Comité buscará la cooperación de las escuelas de medicinas del continente para que autorice a este Colegio especial a conferir el grado superior de Cirujano, a todo médico que haya llenado los requisitos de estudios especiales (Trabajos prácticos en los hospitales, laboratorios, y técnica de la cirujía moderna).

Quinto. Autorizar a los médicos que obtengan este grado adicional a popularizar el nombre de "Cirujano" y que se lleve un registro o directorio de todos los médicos, para que se pueda distinguir, tanto por el público como por los hombres de la profesión médica, quienes son los que poseen aptitud legal para ejercer la cirujía y quienes para ejercer la medicina solamente."

Adoptada esta resolución es de pensar en las dificultades que habrán de presentarse para llevar a la práctica su ejecución, que ha de ser proporcionar un gran éxito y progreso cierto en el campo de la cirujía. Las dificultades pueden allanarse, sin embargo, nombrándose un Comité de este Congreso secundado por esta asociación de cirujanos. Este proyecto no debe ser discutido ahora, en pró o en contra. Creo que ha llegado el momento de que este gran cuerpo de cirujanos del continente americano, formado por hombres de conciencia y de recto pensar, insistan en que los cirujanos del porvenir hayan de ser educados no solamente en la ciencia de la medicina, sinó que también q. deben adquirir conocimiento perfecto de la técnica quirúrgica operatoria, de los principios modernos y que se pongan bajo la dirección de un cirujano de práctica y de conocimientos quirúrgicos antes de que les sea permitido, moral y legalmente, que operen en el público. Esto servirá para protejer a los enfermos desconocedores de esta cuestión y que no tienen

medios de saberla para establecer distinción entre el cirujano de conocimientos técnicos y científicos y el desconocedor del arte quqirúrgico. Este proyecto dará protección al que haya de ser cirujano aún contra sus propias inexperiencias. Protejerá y premiará al propio tiempo, a quien lo merezca.

COMO SE HA DE EMPEZAR: Nosotros contamos en este organismo con suficientes hombres de inteligencia y tenemos todo el mecanismo necesario para hacer una campaña y llevar el proyecto a su debido termino.

Hay que recordar que tenemos en cada Estado, en cada Territorio, en cada provincia del Canadá, un representante. Además en cada Estado y Territorio de América y provincia del Canadá, nosotros tenemos dos representantes que son delegados a este Congreso. Estos hombres están por la verdadera cirugía y cada uno estará dispuesto a cooperar con el Comité que nombre este Congreso para que su posición como cirujano sea más valiosa, mas honorable ante el público y ante sus compañeros de profesión y procurará que se legisle con urgencia para tal reforma.''

Hechas las anteriores manifestaciones el Presidente del Congreso, por acuerdo de la Aamblea, nombró un Comité de nueve profesores para empezar el trabajo y actuar inmediatamente. Los trabajos que se lleven a cabo con este objeto se presentarán al Congreso venidero que se celebrará en la ciudad de Chicago el próximo mes de noviembre.

He de manifestar que el Comité nombrará un médico por el Distrito de Puerto Rico para formar parte del gran Comité que ha de tomar a su cargo los trabajos. Creo que esta reforma ha de ser aplaudida por todos nosotros por la significación y transcendencia que ha de tener para la cirugía en Puerto Rico y que viene a unirse, también, con otra gran necesidad sentida en Puerto Rico, cual es la modernización de los hospitales para cuyo fin se ha nombrado otro Comité que tendrá representación en Puerto Rico para impulsar el establecimiento de hospitales modernos.

No dudo que para esta gran fuerza de hombres de ciencia no habrá obstáculos que no venza. Es un cuerpo respetable y nosotros, aquí, en Puerto Rico, hemos de recojer, también, el fruto de esa gran reforma, como, también, se ha de conseguir una organización que trabaje para facilitar al público en sus días de enfermedad a ser tratados en hospitales modernos.

Dr. J. Avilés.

CONCURSO PUBLICO

CON EL FIN DE PREMIAR LA MEJOR MONOGRAFIA ACERCA DE PALUDISMO EN PUERTO RICO.

Los que suscriben, miembros de esta Asociación han observado con verdadero placer el interés despertado por el trabajo del Dr. Vergnes Castello referente al *Paludismo en Puerto Rico* y persiguiendo el ideal de establecer un verdadero estudio acerca de las pirexias en esta Isla, tienen el honor de proponer lo siguiente:

Primero: La Asociación Médica de

Puerto Rico abre por una sola vez, y por el término de un año un concurso público con el fin de premiar la mejor monografía acerca del paludismo en Puerto Rico.

Segundo: Los trabajos serán originales, anónimos y escritos en maquinilla; serán presentados en pliegos cerrados con un lema o número que deberá constar también en otro sobre cerrado que contendrá el nombre o nombres de él o de los autores de la monografía presentada.

Tercero: El premio consistirá en una placa o medalla de oro con el nombre de la Asociación y del autor o autores premiados, de un valor no menor de cien dollars, o su equivalente en efectivo, pudiendo la que llamaremos Junta del Concurso conceder dos premios más, si lo juzgase conveniente a las memorias o monografías que sigan en importancia científica a la premiada, o declarar vacante el concurso, si lo que no es de esperar, no hubiese trabajo a su juicio merecedor del premio. Los premios concedidos darán a sus poseedores el derecho de titularse, Laureados por la Asociación Médica de Puerto Rico.

Las demás condiciones del concurso así como la manera de hacer lo más solemne posible la apertura de los sobres con el nombre del autor o autores premiados, como también el reparto de premios y demás incidentes que pudieran presentarse queda al buen critierio de la directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Nota: Las únicas condiciones que se exigen para poder tomar parte en el concurso son: Ser médico y ejercer en la Isla de Puerto Rico.

Respetuosamente,

(Firmados,) *J. A. Vázquez, Felipe G. Vizcarrondo, J. Chacar.*

Literatura Médica del Día.

Idiotismo y Sífilis Congénita. —*H. R. Dean* (*Brit. Jour. Child. Diseases,* 1912), relata el hecho de que solamente una corta proporción de los idiotas enseñan los signos clásicos de la sífilis y si se fueran a restringir los métodos comúnmente usados para los exámenes físicos y clínicos, tendríamos que venir a la conclusión de que la sífilis tiene muy poca relación con el idiotismo. Sin embargo, de 330 idiotas examinados en el Asilo de Wilhelmstift, en Postdam, la reacción positiva de Wassermann, se obtuvo en 45 de los casos (15.4 per cent).

Nueve niños dieron reacción positiva pertenecientes a trece padres sifilíticos. Se ha observado que el resultado positivo disminuye en proporción con la edad del niño siendo muy raro encontrarse la reacción después de los diez y seis años.

Etiología del Beriberi.—C. Lovelace manifiesta que una forma de neuritis periférica y que es fatal, ocurre entre los nativos del Valle de Madeira, y

entre los empleados del Ferrocarril de Madeira-Mamoré.

Esta neuritis debe ser clasificada como beriberi, o como una enfermedad de un grupo hipotético del beriberi. La enfermedad no tiene relación alguna con el consumo de arroz como artículo de dieta, ni tampoco la enfermedad se debe a la falta de sustancia proteicas en el alimento.

Notas de la Asociación.

La nueva Junta Directica se reunió en sesión ordinaria tomando el acuerdo de proceder inmediatamente a la formación de las asociaciones de Distritos, quedando el concejero doctor Font y Guillot encargado del trabajo.

Pronto se reunirá la Asociación del Distrito de San Juan para celebrar su primera sesión científica y administrativa.

La Cámara de Delegados de la Asociación Médica será elegida tan pronto como las asociaciones de Distritos queden definitivamente constituídas.

El Secretario de la Asociación Médica ruega a los miembros de la misma, se sirvan informar en Secretaría de cualquiar cambio de residencia que ocurra en los asociados.

El Presidente de la Asociación Médica, Dr. Rafael Vélez López está preparando el mensaje que será sometido a la Cámara Legislativa sobre cuestiones médico-sociales que más afectan a Puerto Rico.

Personales.

El Dr. A. Martínez Alvarez ha contraído matrimonio con la Doctora Josefina Villafañé.

La doctora Palmira Gatell ha contraido matrimonio con el caballero Ernesto Rodríguez Umpierre.

El doctor Esteban García Cabrera Jr. ha sido nombrado inspector de Sanidad de la zona de Puerta de Tierra.

El doctor Pascual A. Rivera recién llegado de los Estados Unidos ha fijado su residencia en San Germán.

El doctor José Guzmán Soto ha trasladado su residencia a Guayama.

El Dr. José Díaz ha regresado de su viaje a los Estados Unidos haciéndose cargo de su puesto de oficial de Sanidad de Fajardo.

Volume 7

NB: ISSUE NO 23
missing
unable to obtain

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

IX FEBRERO Y MARZO, 1913. NUMERO 89.

UNA NUEVA ORIENTACION BIO-TERAPEUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y REPORTE DE UN CASO.

POR EL DR. A. MARTINEZ ALVAREZ

Un caso solamente no hace clínica, pero dado el resultado tan espléndido seguido al tratamiento sumamente racional empleado, me inclino a creer que la publicación de este trabajo y sus deducciones serán de interés..

REPORTE DEL CASO

Sor D.—sierva de María de 35 años de edad, con una historia de familia positiva para tuberculosis; enfermera; no ha estado en contacto con ningún enfermo de tuberculosis últimamente; natural de España.

Status praesens:—En el mes de enero de 1911 se empezó a sentir enferma con fiebre, tos, pérdida de peso, dolores de garganta, sudores frios; la enfermedad siguió su curso y en julio de ese mismo año fué que la hize mi primer exámen cuyo resultado anoto como sigue: Limitación del movimiento respiratorio del lado derecho, un foco pleurítico sobre la base del pulmón derecho extendiéndose hasta la costilla cuarta por la espalda y la quinta por delante, confundiéndose algún tanto la nota por la presencia del hígado anteriormente; matidez del ápice del pulmón derecho, extendiéndose hasta el borde inferior de la segunda costilla; en el pulmón del lado izquierdo y hacia su parte superior un sonido como de cavidad se nota al auscultar, la existencia de la cual no pude comprobar; la auscultación del lado derecho reveló un extertor bronquial y rales húmedos; el pulso rápido pero sin característica de ninguna clase; una tos continuada y acompañada de una expectoración verde-amarillosa espesa y abundantísima la estenuaba hasta provocar vómitos por las tardes; la enferma se quejaba de diarreas, la lengua saburrosa, la fiebre a las 3 p. m. subía a 39 grados y a 40 grados todos los días, permaneciendo apirética por la mañana. Exámen del esputo dió por resultado lo siguiente: ***Bacillus Tuberculosis*** en formas pareadas y corta y en gran cantidad, ***Stafilococcos*** excesivamente abundantes; (culturas hechas de estos coccos demostraron ser dorados) otro bacilo corto, Gram positivo se demostró y no se pudo identificar y por último sarcinas; el carácter de los elementos organizados era por demás de-

sastroso, por rara coincidencia se notaba algún que otro lencocito intacto, casi todos estaban degenerados, multitud de detritus y algunas fibras elásticas cuya procedencia no se pudo identificar. La orina casi normal.

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar en segundo grado avanzado con focos supurativos.

Tratamiento: Este por lo sencillo y racional se puede resumir en dos palabras, pero su explicación y deducciones teóricas y prácticas hemos de darle la inportancia que revisten para interesar de este modo a mis compañeros e invitarles a probarlo y anotar el resultado en muchos casos.

Una vez hecho el diagnóstico primordial y sus complicaciones, teníamos ante nosotros datos seguros; una infección tuberculosa y otra pyogénica determinada ésta última por el estafilococco dorado: Cual revestía más importancia por el momento? Sin duda alguna, la complicación. Pues a ella dirigí mis esfuerzos y la combatí como sigue:

Encargué suero antiestafilococco, polivalente (*aureus, citrus y albus*) y bacterinas correspondiente de la misma especie. Apliqué el suero primero; 2 ampollas de 10 c. c. cada una con un intérvalo de 5 días entre la primera y la segunda, después empezé a inyectar por la vía hipodérmica las bacterinas en orden ascendente y una inyección cada 7 días; así estuve empleándolas por espacio de 6 meses o sean alrededor de veinticuatro inyecciones. El resultado fué el siguiente: *La fiebre había desaparecido, la expectoración mejorado visiblemente en cantidad, aspecto y caracteres microscópicos; el examen de esta última reveló la existencia del bacilo tuberculoso pero en menor cantidad y lo más bello del caso fué que gran cantidad de ellos se encontraban fagocitados por los polimorfonucleados; había como de tres a cuatro en cada célula y a veces en grupos conglomerados al parecer de más de cuatro; los leucocitos se encontraban intactos en su mayoría, teñían muy bonitamente y no se veía en el campo casi ningún detritus; el esputo parecía como más limpio si se me permite la comparación;* otra observación, fué la de no encontrar casi *ningún cocco* sino después de rebuscar muchos en varios campos y éstos que se encontraban, estaban diseminados y no en grupos tan densamente conglomerados como antes del tratamiento, la tos no había desaparecido pero sí disminuído, la enferma se sentía mejor de las diarreas, había aumentado de peso, ya empezaba a sentir algún apetito y la digestión completa de lo que comía era un hecho; había mejorado mucho. Suspendí las bacterinas y empezé el tratamiento con la tuberculina en dósis *infinetesimales* y las sostuve en este tratamiento por cuatro meses más; siguió mejorando tan visiblemente que al cabo de cuatro meses de la tuber-

culina o el décimo del tratamiento, pesaba 140 libras, andaba contenta y alegre por las dependencias de la casa y ya no quería más medicación.

La aconsejé que este era el momento propicio para empezar un tratamiento tónico terapéutico, de que se echa mano tan amenudo desde el principio y cuyo tratamiento debe de dejarse para lo último, y empezé a usar las inyecciones de *dioradina* allá por el mes de octubre del año pasado. Aún está bajo mi cuidado y la enferma que ya no lo es, dice se encuentra hoy mejor que nunca.

Razones teóricas. — Deducciones prácticas

1o. *Razones teóricas.*— Porque usamos el suero? Por que necesimos atacar al cocco que era responsable de la fiebre y demás síntomas alarmante de la complicación. Porque queríamos levantar el índice opsónico de la individua preparándola para combatir el cocco primeramente y después de haber tonificado el cuerpo, indirectamente ayudarlo a batir la tuberculosis. Inyectar con el suero anticuerpos que indujeran a la fagocitosis del cocco primeramente y del bacilo tuberculoso después; como se demostró por el examen microscópico.

2o.—Por que usamos la bacterina (bacterias muertas)? Ya una vez introducidos los agentes que iban a producir fagocitosis, matener éstos y aumentar los del cuerpo con las inyecciones de bacterias muertas.

3.—Porque las inyecciones de suero y bacterias antiestafilococcicas levantaron el índice fagocitarío de los leucocitos para los bacilos tuberculosos? Es que no existe especificidad opsónica? La razón es obvia. Las energías fagocitarias de la sangre de esta paciente estaban disminuidas hasta su más mínima expresión por la infección doble que la acompañaba; una vez dominada una y tonificado el cuerpo con el régimen diatético y de absoluto reposo que también cooperó indirectamente, las bacterinas estafilococcicas obraron para levantar el índice opsónico contra la tuberculosis.

4o.—Porque se encontraron los bacilos tuberculosos fagocitados por los polimorfonucleados y no por los linfocitos cuyo aumento se manifiesta en la sangre cuando existe una infección tuberculosa a expensas de las primeras? Esta es la única pregunta que no puedo contestarme y que quisiera se me contestara satisfactoriamente.

Hemos de observar que la fagocitosis específica tuberculosa en esta paciente se manifestó antes de usar la tuberculina o sea al terminar el tratamiento de las bacterinas estafilococcicas.

La fagocitosis específica continuó mostrándose lo mismo con las inyecciones de tuberculinas.

Téngase en cuenta que por dificultades insuperables no se la pudo determinar el índice opsónico ni antes ni después del tratamiento; habló de fagocitosis en el esputo

mismo, pues allí fué donde encontré tal fenómeno.

5o.—Porque empezé a usar la tuberculina habiendo mejorado tanto la paciente anteriormente? Estaba ella indicada? Aún cuando se sabía que el índice opsónico específico había subido y nos había ayudado mucho; sin embargo, era necesario ya obrar con especificidad y conservar ese índice alto como lo demostraba el aumento de peso, la desaparición de la fiebre, algo más de apetito, recesión algún tanto de los síntomas físicos y la tos que había disminuído tanto, además de los hallazgos del esputo. Si las bacterinas pyogénicas habían obrado con especificidad directa o indirectamente a levantar el poder fagocitario de los polimorfonucleados para el bacilo tuberculoso después de haber fagocitado todos los coccos, había que usar la bacterina específica o sea sustituir la tuberculina.

6o.—Porque los linfocitos no tomaron a su cargo la labr fagocitaria si tenemos en cuenta el hecho de que éstos últimos se aumentan en la sangre de pacientes que sufren de tuberculosis crónica indicando que al parecer a ellos está encomendada la labor de batir a los bacilos de la tuberculosis y no que encontramos que los polimorfonucleados son los que se encargaron de aprisionar a los mencionados bacilos en este caso? Es que en el tratamiento de la tuberculosis había de recurrir a levantar el índice fagocitario por medio de los polimorfoneucleados en vez de los linfocitos, actuados aquellos por agentes no específicos como en este caso parece demostrar?

7o.—Porqué usé la diodorina? Sabemos que las emanaciones de los cuerpos radiados así como los rayos X actúan como vitalizantes del sistema. Porque no utilizar estos elementos y éstos medios para sostener la acción de los medicamentos usados y hacerla permanente? Como los rayos X no los teníamos a mano, hicimos uso de la diodorina o hubiéramos hechado mano a otro ogente radiado en cualquier forma y en el defecto de los medios arriba mencionados, hubiéramos usado el arsénico en su forma cocadílica la más asimilable.

Deducciones prácticas

(a) Al introducir la tuberculina por la via hipodérmica no hubo reacción alguna febril, así como después de usar las bacterinas por algún tiempo, desapareció la fiebre por completo; entendiéndose como aclaración sin embargo, que las dósis de tuberculina fueron muy pequeñas para producir fiebre, pero no me explico porque no hubo fiebre después de desaparcer los coccos del esputo y existir todavía bastante bacilos tuberculosos en el cuerpo, a no ser que creamos que la tuberculosis *per se* no produce fiebre y sí solo cuando va acompañada de otras bacterias. La temperatura se le tomaba rigurosamente cada dos horas y aún por la noche aunque con no tanta rigurosidad.

(b) Que se observen diversos casos, en distintos estados y por

varios compañeros siguiendo la siguiente técnica:

Examen del esputo, aislamiento de las bacterias otras que no sean bacilo tuberculosis. Inyección del suero correnpondiente polyvalente, inyección de las bacterias correspondientes a la infección, si posible es, autógenas. Examen del esputo y después del número de inyecciones que a nuestro juicio determinan mejoría y cuando se haya conseguido un equilibrio de salud recuperada y se inicie la fagositosis de los bacilos tuberculosos después de haber desaparecido las bacterias adjuntas al mencionado bacilo tuberculoso en el esputo, empezar el uso de la tuberculina en dósis pequeñas a inter valos largos de 7 días y sostenido tal tratamiento por el tiempo necesario. Como punto final, un agente tónico como los rayos X o la diodorina o el cacodilato sódico etc.

(c) Resulta a primera vista que tal tratamiento costaría alrededor de unos setenta y cinco dólares al enfermo y como es natural unido ésto a la dieta especial y tratamiento higiénico clásico hacen imposible la adquisición de tal medio de defensa al pobre.

La tuberculosis es la plaga del pobre, es un problema más bien del economista que del higienista en todos sus aspectos; no ya desde el punto de vista profiláctico sino desde el punto de vista curativo; establezcamos como un medio de avance y no como único solucionador del conflicto, una rama del laboratorio que se dedique a la manufactura de las bacterinas y tuberculinas y que éstas se den gratis. Los beneficios que esto reportaría, serían incalculables en todas las enfermedades infecciosas.

———)|||(———

PUNTOS ESENCIALES EN EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

POR EL DR. ELMER F. OTIS.

Trabajo leido por su autor en la sesión anual celebrada por la "Asociación Médica de Puerto Rico," en 15 de diciembre de 1912.

El jefe del Hospital clínico de Medicina de la Zona del Canal, Dr. Walter V. Brem, dice lo siguiente: "Del 10 al 14 por 100 de la mortalidad general es causada por tuberculosis, lo cual constituye un tanto por 100 mayor que el que se atribuye a cualquier otra enfermedad."

En un hecho probado que la tísis puede ser diagnosticada en todos los grados de la enfermedad; más precisamente el problema más difícil para nosotros, en la práctica general, es saber hacer tal cosa, bien. La dificultad mayor para el médico en la atareada oficina estriba en apoderarse, por la observación, de ciertos signos que son de gran utilidad y esencialmente prácticos para pronunciar un diagnóstico, cuando no se tiene a manos un laboratorio o no se dispone de los elementos auxiliares de un hospital. Es una verdad, y así lo admiten todas las autoridades, que los proce-

dimientos sencillos y prácticos de los tiempos antiguos son de mayor utilidad para el médico muy ocupado que los que han salido recientemente a luz.

El doctor O. H. Brown, de San Luis, ha dicho lo que copiamos: "Del 95 al 100 por 100 de los casos incipientes, agudos, pueden ser diagnosticados por los medios sencillos del exámen físico, los cuales pueden hallarse en cualquier libro de texto que trate del diagnóstico."

Esperar el descubrimiento del bacilo tuberculoso en el esputo del tísico para diagnosticar la enfermedad y disponer entonces el tratamiento adecuado, sería lo mismo que esperar reacción Widal positiva para tomar medidas activas en el tratamiento de una fiebre tifoidea. Nuestra experiencia nos ha demostrado que las reacciones no son muchas veces evidentes hasta que se ha desarrollado bien la enfermedad.

Por falta de espacio me limitaré a mencionar únicamente algunos de los síntomas primarios, pues todos tenemos siempre muy presentes los dos primeros periodos de la enfermedad. Yo tomo en todos los casos nota especial de los siguientes:

Digestión desarreglada, pérdida de peso, tos y expectoración, fiebre vespertina y sudores nocturnos.

Por razón de comodidad he clasificado brevemente los signos de mayor importancia, útiles para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar de este modo:

Primero: Amplitud respiratoria, aminorada ligeramente.

Resonancia alterada.

Inspiración general vesicular normal, excepto en una área pequeña, generalmente cerca del vértice.

Murmullo inspiratorio menos suave.

Murmullo expiratorio dilatado.

Ritmo respiratorio irregular.

Rales finos y húmedos en la inspiración.

Resonancia vocal y frémito ligeramente aumentado.

Si hay expectoración búsquese el bacilo tuberculoso.

Una sombra ténue en el lado afecto. También movimientos limitados del diafragma según puede observarse con el floroscopio.

Segundo: Respiración ligeramente acelerada.

Resonancia y expansión alteradas.

Sonidos oscuros a la percusión.

Desaparición del murmullo vesicular.

Inspiración áspera; expiración prolongada y de soplo.

La inspiración puede ser "bronquial"; se oyen sonidos y estertores finos en áreas difusas.

Con frecuencia se hallan numerosos bacilos "Koch" en los esputos.

La resonancia vocal y el frémito aumentan de manera notable.

Pueden notarse sombras floros cópicas.

Tercero: Gran extenuación.

Depresión clavicular bien marcada.

Costillas prominentes con reducción de los intérvalos.

Pecho rígido. Puede "levantarse"; pero lo hace escasamente durante la respiración.

Nótanse opacidades, a la percusión, la cual resulta muy variada en diferentes partes. Regularmente hay participación pleurítica.

En medio de los sonidos opacos se obtienen algunos semejantes al de un tambor, al de una olla rota, y sonidos anfóricos.

Rales finos variados.

Murmullo, ruidos bronquiales o de respiración cavernosa.

Soplos pulmonares, esputos con bacilos tuberculosos y fibras elásticas.

Los tres periodos descritos son los periodos clásicos de la tisis, reconocidos por los médicos durante largos años.. Un estudio reciente y cuidadoso de esta materia ha demostrado que la tuberculosis puede ser diagnosticada aún en periodos más tempranos, antes que ninguno de los síntomas del primer periodo se haya desarrollado o sea en los mismos comienzos de la enfermedad. Generalmente se designa este estadío como período incipiente. Entonces es cuando el médico debiera diagnosticar sus casos para estar bien preparado. Este es realmente el periodo antimórbido y no cabe duda de que en el futuro será clasificada la tuberculosis como enfermedad de cuatro faces.

SINTOMAS DEL PERIODO ANTI-MORBIDO

Desórdenes gástricos, o intestinales especiales, etc.

Pérdida de energía; facilidad para el cansancio, la fatiga, los apetitos caprichosos.

Cansancio vespertino, acompañado de rubores en el rostro.

Pérdida ligera de peso y de vigor.

Propensión a los refriados, a la tos ligera y a la ronquera. A veces expectoración mucosa.

Recurrencia persistente de estados febriles breves.

Dolores musculares en las regiones escapulares.

Descanso nocturno interrumpido por sueños irregulares, irritación, etc..

SIGNOS FISICOS DEL MISMO PERIODO

Taquicardia vespertina o después de corto ejercicio.

Temperatura baja cuando el enfermo está fatigado, cuando ha tenido que hacer algún esfuerzo físico o mental, o durante el periodo menstrual.

Se observan rales en horas tempranas de la mañana o en días húmedos.

Inclinación ligera de uno de los hombros con relajación de un número de los músculos correspondientes de la pared torásica.

Dolores de opresión, prominencia de los músculos, signo de Kroenig.

Estudio de los signos suministrado por el movimiento diafragmático, durante la expiración forzada seguida de una inspiración profunda. Percusión constante.

La percusión especial del doctor Lwarason Brown de los vértices de los pulmones se practica de la manera siguiente:

Colocado el médico detrás del enfermo y asiéndole firmemente con toda la mano puesta sobre los hombros, se colocan las extremidades de los dedos en la fosa supra-clavicular. Se percute suavemente por delante y por debajo.

En los exámenes de los casos que están en el comienzo de la enfermedad es necesario percutir con estremada delicadeza, pues la torpeza o la rudeza podrían determinar la ocultación del signo.

El 95 por 100 de los tuberculosos pueden ser diagnosticados mediante exámen detenido de los pulmones. Todos los casos que se diagnostican a tiempo, si se quiere hacer un esfuerzo, pueden ser curados. El 95 por 100 de todas las curaciones alcanzadas en un sanatorio de Massachussetts se contó entre aquellos casos que fueron al principio de la infección en busca de asistencia. No es importante, sólo, hacer el diagnóstico temprano, sinó que es preciso hacerlo *muy temprano*. Es posible hacer una especialidad del diagnóstico temprano de la tuberculosis; tal especialidad se vería recompensada con resultados sorprendentes y pronto alcanzaría muchos adeptos.

Puntos prácticos que deben tenerse presentes cuando nos hallamos en presencia del enfermo.

Primero: Observar de modo atento la expresión de la faz. Tratar de marcar el sitio de las lesiones y comprobarlas cuidadosamente. Observar la expresión peculiar de ansiedad; pero no expresiva de laxitud. Nótase a veces que después de un esfuerzo o de alguna excitación mental se cubre de rubor el rostro. Nótase desigualdad de las pupilas.

Segundo: Averiguar la historia del caso tan completa y cuidadosamente como lo permitan el tiempo y la energía. Escribir dicha historia como referencia para el futuro. Anotar especialmente la pérdida de peso y la de apetito; así como las variaciones diarias de la temperatura. Averiguar si la infección es hereditaria, hoy; si hay posibilidad de que el enfermo se haya infectado por contacto o por otras circunstancias externas.

La historia del caso ha de hacerse de manera especial. El doctor H. F. Stoll de Hartford, Conn., dice: "Cuando se ha obtenido una historia cuidadosa, es raro que los signos físicos no concuerden con el diagnóstico y síntomas del enfermo. Si queremos descubrir la tuberculosis incipiente, debemos inspeccionar, palpar, percutir y auscultar nuestros enfermos."

Tercero: Descubrir el enfermo hasta el nivel del pecho, si es posible o al menos hasta la línea de la tetilla y tomar nota cuidadosa

de los datos siguientes:

(a) Forma general y estado de la nutrición del cuerpo y de la piel.

(b) Defectos de la caja torácica.

(c) Infarto glandular.

(d) Desórdenes tróficos de la piel, signos de irritación interna, o de enfermedades que simuen la tuberculosis.

(e) Observar bien la extremidad del ángulo escapular superior.

(f) Asegurarse de si la presión sanguínea baja persistentemente.

(g) Hacer la auscultación detenidamente y examinar la posibilidad de que ciertos síntomas puedan ser motivo de confusión, por que sean determinados por causas reflejas.

Anotar cualquier anomalía del corazón, del estómago y los pulmones.

Estúdiese, en seguida, de la manera más detallada posible los síntomas extraños de la respiración y con especialidad los obtenidos por la auscultación. Fíjese la atención en aquellos que se producen al final de una inspiración honda, seguida de una pausa y de una ligera tos cortada. El fenómeno ha sido descrito por Lawrason Brown del conocido Sanatorio Trudeau, de Saranac, de New York, en la forma siguiente: Burbujas húmedas, muy húmedas o medio húmedas o sunido medio seco. Como quiera que con la respiración forzada dejan de producirse es muy importante provocarlos por medio de una pausa y de ligera tos seca.

Para concluir; deseo citar algunas frases más del doctor Brem, sabiendo que la Zona del Canal era el lugar más antisanitario y pestilente del hemisferio occidental, si bien marcha, ahora a la cabeza del mundo en materia de sanidad moderna, habiendo conseguido dominar las enfermedades infecciosas transmisibles.

"Como conclusión, decimos que la masa de la profesión médica aprovecha la ocasión que se le ofrece para hacer un diagnóstico temprano y evita el deber desagradable e ingrato de decir a los enfermos que padecen de tuberculosis. Ciertamente que aún educando al público en el más alto grado posible para luchar contra la gran "plaga blanca", será de poco provecho, a menos que la profesión médica adquiera práctica en el procedimiento del diagnóstico de las tuberculosis incipientes y a menos que las escuelas médicas se cuiden de adiestrar a sus graduados en el reconocimiento de las primeras manifetaciones de la enfermedad y de infiltrarles la idea de la importancia que tiene dicho reconocimiento y de la gran responsabilidad que contrae con la sociedad cada miembro de la profesión."

Esa responsabilidad descansa en nosotros y nosotros debemos aceptarla. El objeto real no puede oscurecerse por las ostentaciones filantrópicas, por las contribuciones de grandes sumas de dinero, por artículos populares, exhibiciones, pla-

cas de la Cruz Roja, etc., etc. Estos recursos son útiles en forma limitada; pero la filantropía más necesaria es la que se funda en la propia educación de los médicos, para que enseñen al público a aceptar sin protesta y sin resentimiento un diagnóstico temprano de tuberculosis y a escuchar con atención las recomendaciones hechas a tiempo.

TROMBOSIS DEL MESENTERIO

POR EL DR. JORGE DEL TORO.

Los dos casos siguientes pertenecen a una de las lesiones más graves que pueden suceder en los órganos abdominales, y de las de mas dificil diagnóstico. El motivo causante de la lesión es el mismo en ambos casos, los síntomas casi idénticos, casi igual el tratamiento, existiendo sin embargo gran diferencia en la edad y sexo de los pacientes y en la terminación de los casos.

Las resecciones de intestino despiertan siempre interés por varias causas; en primer lugar fisiológicas, pues se priva al organismo de partes importantes en el funcionamiento de la digestión. En las resecciones bajas el problema principal digestivo es el de absorción de líquidos, pues ya sabemos que es del intestino grueso de donde se absorbe la mayor cantidad de líquido intestinal, y si la absorción falta dará lugar a diarreas profusas; ésta condición va disminuyendo a medida que las resecciones se hacen más altas. Quirúrgicamente son interesantes, pues todo caso que requiera una resección intestinal de alguna consideración es siempre un caso grave; la técnica operatoria ha de ser limpia y rápida. En el segundo caso la paciente ha quedado sin válvula ileo-cecal, por haber tenido que hacer la anastomosis del ileo directamente al ciego.

La mayor cantidad de intestino resecada quedando vivo el paciente, ha sido reportada por Ghedini, (E. R. Mc Guire; Surgery, Gynecology and Obstetrics, Jan. 1913.) Ghedini resecó 524 centímetros.

CASO NO. I

O. C. varón, blanco, 80 años de edad, industrial. En su juventud fué sano, salvo el padecer de hernia inguinal. Hace algunos meses que padece de catarros casi constantemente, pero se sostenía relativamente bien y trabajaba.

Admitido el 3 de Octubre 1912 a las 4 p. m. Desde el día 2 por la tarde descendió su hernia como había sucedido frecuentemente, pero han sido inútiles todos los esfuerzos a la reducción, taxis propia y extraña y todo género de tratamientos usados en estos casos. La hernia inguinal derecha es de tamaño bastante grande, el tumor testicular completamente tenso y en extremo doloroso. Arterio-esclerosis marcada y distribuida en todos los vasos palpables. Estado de demacración grave, con gran exitación nerviosa. Pulso filiforme, irregular y muy frecuente. Temperatura, 36 grados, C. Sudores copiosos. Han habido vómitos estercoraceos y estreñimiento absoluto.

Diagnóstico: hernia inguinal estrangulada.

Tratamiento: Apesar de su estado grave se decide la operación, la cual se practica bajo anestesia por cloroformo y eter. El anillo de constricción es de gran grosor y resistencia, produciendo fuerte compresión sobre el cuello del saco. Por la pared del saco trasluce el intestino de color negro gangrenoso. Incindido el anillo constrictor se abre el saco, saliendo por él y de dentro de la cavidad abdominal una gran cantidad de líquido sero-sanguinolento de color negruzco.

Después de dilatado el anillo inguinal, se extrae fuera de la herida la masa intestinal gangrenada; el mesenterio correspondiente a esta parte de intestino se encuentra tam bién gangrenado, conteniendo las arterias y venas intestinales numerosos trombos que las ocluían casi desde su origen. Hago una resección del intestino gangrenado lo más rápidamente posible, extirpando con él al mesenterio en forma de abanico hasta su origen. La anastomisis intestinal la hago por medio de un botón de Murphy pequeño. La hernia es reparada por el método de Bassini. La operación dura alrededor de una hora.

Tratamiento post-operatorio corriente. A las pocas horas la temperatura era de 36.09, pulso 120, irregular; respiración, 26. La noche de operado se levanta inesperadamente de su cama. Es muy difícil mantenerlo quieto. La convalescencia se hace dificultosa dada la tensión arterial alta e irregularidad cardiaca y tos pertinaz.

A los seis días de operado se presentan síntomas de peritonitis sobre aguda, no permitiendo otra intervención la condición de gravedad que desarrolló a las pocas horas, falleciendo a las seis horas de iniciados los síntomas.

Autopsia: Peritonitis aguda por perforación intestinal. El botón de Murphy había causado la perforación.

Indudablemente, la causa principal fatal de éste caso la constituyo su poca resistencia. La porción de intestino (ileo) resecada, media un metro treinta cent. Fué medida al segundo día de la operación, habiendo dado lugar a que se contrajera; de haberse medido inmediatament, hubiera dado una longitud mayor. Fot. 1.

CASO I.—TROMBOSIS DEL MESENTERIO.

CASO II.—TROMBOSIS DEL MESENTERIO.

CASO NO. II

C. M.; hembra; de 19 años de edad; color moreno; casada. Nutrición buena. Ha sido siempre sana. Desde niña, no recuerda si de nacimiento, padece de hernia inguinal derecha, la que ha sido siempre reducible. Admitida al Hospital el dia 10 de diciembre de 1912, a las 4.30 p. m. El dia 9 por la ma ñana saltó un escalón alto, lo cual le produjo el descenso de la hernia, sintiendo un dolor agudo que nunca había expreimentado anteriormente. Se recogió en cama, y ella misma, como había hecho en otras ocasiones, se redujo la hernia. Poco después el dolor en el vientre se hizo muy agudo, presentándose tam bién náuseas y más tarde vómitos. Durante el dia y la noche del 9, todos los tratamientos para hacerle evacuar el intestino fueron inútiles, los vómitos se acentúan y el dolor aumenta. El dia 10 amanece en estado grave, sufriendo de distension abdominal, sudoración copiosa y vómitos de carácter de estrangulación intestinal. Hasta éste punto se había negado a ser trasladada al Hospital apesar de las instancias de los dos médicos de asistencia, y no accede hasta el dia 10 por la tarde. Su estado al ingresar es sumamente grave; sudores copiosos, dolor agudo en el vientre el cual se encuentra muy distendido especialmente en la región hipogástrica en donde se encuentra una masa dura que en la forma y situación simula un útero grávido en el sexto mes de embarazo, dando dicha masa nota de macidez. Pulso inperceptible; ansiedad; temperatura 36.04 C. en la boca.

Intervención: se hace necesario estimularla antes de llevarla a la mesa. Incisión media baja. La piel y tejidos subyacentes no dan la menor cantidad de sangre. Se suspende el cloroformo, y se empieza la administración subcutánea de solución salina, la cual se continúa durante toda la operación. Sólo se daban algunas gotas de cloroformo a intérvalos convenientes. Al abrir el peritoneo se derrama una gran cantidad de líquido sanguinolento de color oscuro; una gran masa de intestino gangrenado aparece en la herida. Los vasos intestinales correspondientes a la porción distal del ileo se encuentran engrosados y trombóticos.

La gangrena tiene una línea de demarcación clara en la unión del ileo al ciego, haciendo un contraste vivo el ileo gangrenado con el ciego normal, hacia la parte oral la mortificación no tiene línea precisa de demarcación, haciéndose la transición de tejidos en el espacio de unas tres pulgadas. Con la mayor rapidez posible practiqué la resección de la porción de ileo interesada, cortando por tejido sano en el final oral, y separando el ileo del ciego en elfinal distante. Los vasos intestinales del mesenterio dan muy poca sangre. La abertura dejada por la resección de la entrada del ileo al ciego (válvula ileo-cecal) fué obliterada por una sutura corrida de cat gut, cubierta por otra

de Lembert con el mismo material. La entero-entero anastomisis del ileo (porción oral) al ciego, fué hecha por el método de Bickham, penetrando el ciego en su cara posterior interna, detrás de la inserción del meso-colon, y como a una pulgada y media por arriba de la base del apéndice el cual se encontraba en posición retrocecal. Terminé dando unos puntos de sutura interrumpidos en los bordes del mesenterio. La incisión fué suturada sin drenage. La intervención tardó alrededor de media hora. Dado el mal estado de la paciente, no creí prudente reparar la hernia en aquel momento.

El pulso mejora después de operada. Hace una evacuación formada de la noche del 10 al 11. Al siguiente día su mente se encuentra despejada; el pulso continúa pequeño y frecuente, notándose una gran diferencia de tensión en ambas radiales; temperautra 38.06 C.; han cesado el dolor y los vómitos. Durante los días sucesivos va mejorando rápidamente.

La temperatura es normal desde el dia 19. Mueve el vientre normalmente. En Enero 7, come de todo y hace la digestión sin la menor dificultad. Se levanta de la cama a los 20 días. La porción de intestino resecado (fig 2) mide. al tercer día de estar fuera del vientre, dos metros y treinta y cinco centímetro.s (2 m. 35 cm.)

Estos dos casos demuestran la severidad y la rapidez con que se produce la gangrena intestinal debida a la trombosis de los vasos mesentéricos. La gangrena intestinal producida solamente por la constricción de una hernia estrangulada, se limita a aquella parte de intestino ú omento por fuera de la constricción, mientras que la gangrena producida por trombosis afecta más allá de la porción estrangulada. En el caso primero, el saco herniario seguramente no encerraba más de 30 o 40 centímetros de ileo; en el caso segundo ni aun existía estrangulación habiéndose probablemente producido la trombosis durante el estiramiento brusco del mesenterio causado por el descenso rápido de la hernia al momento de la caída que sufrió la paciente.

La manera de formación de estos mos a un lado los émbolos sépticos, o no sépticos, que puedan venir a alojarse en las arterias intestinales; éstos pueden depender de sitios distantes, dirigirse por la arteria mesentérica superior o inferior, y llegar a una de las ramas intestinales de menor calibre, detenerse y producir la oclusiión; nos interesa en este momento la formación de estos trombos en los casos de hernias estranguladas o traumatismo del mesenterio. La trombosis arterial se explicaría por la dislaceración de la íntima de estas produciéndose el trombo original en este sitio; la trombosis venosa podrá ser formada por la misma causa, o tal vez, por medio de la formación de un coágulo en el sitio traumatizado, dando así lugar a un émbolo que se aloje más arriba, hacia el final de la

vena, mecanismo algo difícil de comprender, debido a que tal émbolo vijaría en dirección a las venas de mayor calibre, y no hay razón por la cual se haya de detener en el mismo vaso intestinal y no seguir a la vena mesentérica, a no ser que el acodamiento de las venas a su confluencia con el vaso mayor fuera lo suficiente para presentar una barrera.

En la escasa literatura que he buscado acerca de la trombosis de los vasos mesentéricos, se vé antes que todo, la dificultad de diagnosticar estos casos. A mi modo de ver, mientras algún síntoma definido no se descubra, el diagnóstico debe ser hecho por exclusión de las demás afeccioens intra abdominales de caracter agudo y de comienzo rápido. En el caso primero, operamos con diagnóstico de hernia estrangulada, no escapando a nuestra atención la probabilidad de mortificación intestinal como ya hemos visto en muchos otros casos; el segundo caso fué admitido con diagnóstico preliminar de hernia estrangulada, comprobado el diagnóstico, y llevada a la operación con el diagnóstico probable de trombosis de los vasos del mesenterio y gangrena del intestino.

Con respecto al tratamiento de las trombosis del mesenterio, no hay más que uno: intervención quirúrgica y resecar el intestino gangrenado, pues nada hay que esperar de la circulación colateral porque no existe. La gravedad del enfermo no es contraindicación para la intervención.

———)|||(———

CASOS CLINICOS DE COXALGIA.

POR EL DR. R. VELEZ LOPEZ

Constituye una gran victoria observar a estos pacientes sinó en el período anterior a la presentación de los síntomas precoces, reconocer o distinguir estos tan pronto comienzan a manifestarse con el fin de instituir el tratamiento del que, con casi una seguridad absoluta podemos esperar un éxito ayudando a dicho tratamiento con la adopción de medidas higiénico-dictéticas que contriibuyan al mejoramiento del estado general del enfermo.

Sería conveniente que todo médico instruya a las familias acerca de la frecuencia con que puede presentarse esta afección desde la infancia y les prevenga para que por medio de una observación sostenida sorprendan los menores síntomas de que aaquejan dichos pacientes tanto subjetivos como otros objetivos que se refieren a la marcha, actitudes, etc.

En Puerto Rico abundan estos pacientes y todos hemos visto el número de ellos que caminan con su enfermedad después de algunos años de sufrimiento, durante los que estuvieron esperando la muerte; pero que, como dicha afección por fortuna, no causa por sí sola una mortalidad apreciable; y aunque llegan a mejorar notablemente, sin embargo el mal crónico, por más que a él pueda acostumbrarse el enfermo, constituye una desdicha

y lleva al ánimo del que padece, una triste desilución que ensombrece su existencia.

He observado que por las familias de esos enfermos no se han ejercido todos los cuidados y abrigado temores, pues, por el contrario, les he notado indiferentes ante el mal que han llégado a aceptar con una resignación estóica hija seguramente de la ignorancia, pues ellos no han tenido una idea de la posibilidad de que sus enfermos pudieran dejar de padecer.

He observado y tratado a estos enfermos en los comienzos de su afección, así como también en estadíos muy avanzados derivándose siempre para ellos un beneficio positivo del tratamiento adoptado. En ningún caso de los tratados quirúrgicamente bien por artrotomía y desinfección del foco o focos fungoides con establecimiento de drenage e inmobilización bien por resección de la cabeza y cuello femorales, he tenido que lamentar una generalización del proceso fímico. Al contrario: se obtuvo el saneamiento con mobilización de la articulación o el establecimiento de una pseudo artrosis utilísima, sin molestias para los enfermos que recuperaron sus fuerzas que cada día iban agotándose por la existencia de los focos supurantes.

En un solo caso de los más antiguos que tratábase de una niña de 15 años de aspecto general bueno y bien nutrida, y practique, la resección de la cabeza del femur y raspado de todos los trayectos fistulosos que presentaba, cuya operación no duró más de 45 minutos incluyendo el período desde el comienzo de la anestesia tuve que lamentar la presentación del Shock contra el que no pudo reaccionar la enferma.

PRIMER CASO

M. Rosa de 14 años: mujer: Adducción manifiesta: dolor articular: tumefacción glutea: fiebre: decaimiento general.

Se cometió a un reposo en la cama y en una habitación ventilada: Alimentación nutritiva; aceite de hígado de bacalao.

Al cabo de unos 20 días se sometió a la acción del cloroformo. Se practicaron movimientos de abducción extensos y colocada en la cama se le aplicó el aparato de extensión contínua siguiéndose una mejoría notable del dolor, que desapareció por completo después de los cinco o seis días siguientes.

La enferma permaneció unos dos meses en el Hospital y la familia quiso llevarla consigo al notar su mejoría.

A los seis meses ingresó de nuevo en el Hospital por habérele presentado un gran absceso que fué abierto quirúrgicamente.

Hubo necesidad de tonificar previamente a la erferma la que fué de nuevo sometida a la anestesia y hubimos de practicar una artrotomía porque existía sublujación y pudimos mediante movimientos de rotación y flexión del muslo sobre la pelvis, apreciar la existencia de secuestros. El líguido purulento que por el punto anteriormente incindido (detrás del trocanter salía, era de aspecto sanioso y fé-

tido. Al abrir la articulación apreciamos que el cuello desde su parte media hacia la cabeza femoral se hallaba en estado de fusión purulenta y dividido en varios frag mentos, los cualess separamos, con la cobeza femoral; raspamos la cavidad y el trayecto fistuloso, desinfectando con una solución de cloruro de zinc al 10 por 1000, regularizando la extremidad superior del cuello; colocamos un drenage consistente en un tubo grueso relleno de gasa iodoformada, aplicando un apósito y vendaje en espica sometiéndole al siguiente día a la extensión contínua con el fin de inmobilizar. La enferma a partir de este día fué ganando en su estado general habiéndose agotado la supuración desde los primeros días.

SEGUNDO CASO

J. R. de 12 años de edad: coxálgico crónico: anquilosis en abducción sufría neuralgia intensa no presentaba supuración activa ostensible: su estado general era favorable.

Al ingresar en el Hospital le sometimos a una medicación general tónica y tratámosle localmente por medio de aplicaciones calientes masage de la extremidad y algunas veces le administramos dósis alternadas de valerianato de quinino y antipirina no habiendo obtenido una mejoría notable.

Colocado el paciente en condiciones favorables de resistencia le sometimos a la anestesia general con el objeto de proceder a la movilización intentándolo sin resultado alguno, teniendo qne proceder por la vía cruenta y consistió la intervención en la separación de los tejidos periarticulares con lo que pudimos movilizarla habiendo tenido. q. destruir algunas formaciones fungoideas en las masas gluteas contra las que se apoyaba la extremidad central del femur.

Limpiamos bien la cavidad cotiloidea colocando la extremidad en posición normal forzando un poco la abducción y colocamos un enyesado desde el pié hasta por encima de la cadera dejando una ventana para observar la herida.

Permaneció colocado el apósito seis semanas, cicatrizó la herida y el enfermo después de tres semanas más que tuvo colocada una férula de extensión y practicaba ejercicios de ambulación con muletas, ayudándose solo de la extremidad sana, dejó el Hospital en magníficas condiciones, pues habiendo cesado los dolores que sufría, se repuso rápidamente y es hoy un hombrecito útil.

TERCER CASO

De 10 años años de edad: ingresó en el Hospital por padecer una coxalgia crónica. Tumefacción de la cadera: dolor, formación de fístulas numerosas con supuración profusa: posición del muslo en adducción. El pus era de aspecto aceitoso, amarillento, y en la facies del enfermo, podíamos ver reflejado el dolor, o sufrimiento que le tenía en un estado de aniquilamiento verdaderamente impresionante.

En este caso consideramos el estado del paciente de una gravedad suma y deseando y queriendo hacer

cuanto estuviera en nuestras manos; advertida la familia del estado de inminencia de muerte, en que se encontraba el niño procedimos a administrar cantidades de suero de 50 gramos diarios hipodérmicamente, obteniendo al cabo de una semana una notable mejoría del estado general. Fué sometido a la anestesia clorofórmica y durante el acto quirúrgico, que consistió en la resección del cuello y cabeza femoral con raspado de la cavidad y partes blandas seguidas de cauterización con la solución de cloruro de zinc al 8|00. Se le administró por inyección introvenenosa una dosis de suero fisiológico que alcanzó a 350 gramos.

Colocado sobre la cama, y bajo la acción de la extensión contínua para evitar la anquilosis el enfermo siguió alimentándose y ganando en fuerzas habiendo permanecido cerca de seis meses en el Hospital y no teniendo que hacer más, que sanear alguno que otro foco en las partes blandas, el enfermo no presentó dolor sobre la extremidad ni alguna otra molestia y pudo al fin apoyarse sobre la punta del pié y ayudado por muleta y bastón, está hoy alegre, grueso y trabajando.

Durante la época en que pudimos ver estos enfermos, nos era difícil determinar de una manera técnica la naturalza de la enfermedad que presentaban por carecer de los medios para ello.

Verdad es que en el grupo de las afecciones crónicas articulares son numerosas las causas que las determinan y sus diferentes formas clínicas no obedecen siempre a una sola y precisa. También es verdad que en la gran mayoría de las veces que la articulación coxo femoral se inflama y nos ofrece una oportunidad para tratarlas, podremos asegurar que es de naturaleza tuberculosa, pues siempre existen o acompañan otras manifstaciones (pulmones, sistema linfático ganglionar, peritoneo) o han existido antes procesos agudos en dichas regiones que podemos relacionar clínicamente. Quiero significar que podíamos aceptar sin prueba experimental que una artritis coxo femoral sea de naturaleza tuberculosa, por la manera de presentarse, sin causa aparente, el curso que sigue, y la influencia que ejerce a la larga sobre el estado general de la nutrición, la duración del proceso y la determinación de un foco sospechoso en algún otro órgano del pasciente.

Confúndesele muchas veces con una simple sinovitis aguda; pero esta es de curso rápido; la osteomielitis se presenta con una agudeza intensa, y caractéres de gravedad más acendrados, observándose un cuadro septicémico que no se presenta en la coxalgia: El mal de Pot en los casos en que un abceso del psoas, la excursión del pus a lo largo del mismo, da lugar a la reducción de alguno de los movimientos de la articulación. En estos casos se observa la dificultad para la extensión del muslo y en la coxalgia se manifiesta para todos los movimientos extensión, flexión, rotación, addución, abducción; y aun-

que según algunos observadores esa reducción total de movimientos puede presentarse en la psoitis tendríamos un recurso en los rayos X para fijar el diagnóstico, y procediendo al tratamiento obtendríamos la remisión de los síntomas. La coxa vara o una fractura del cuello pueden simular la coxitis, pero pronto saldremos de duda por la exposición a los rayos que nos harían observar dichas lesiones.

Habiéndose observado que la mayor parte de los casos de coxalgia tratados por procedimiento cruento daban un gran contingente de casos complicados por infecciones añadidas, hoy en día está ya demostrado que el mejor tratamiento debe inspirarse en los métodos conservadores recurriéndose sólo al primero cuando han fracasado los otros.

Protección de la articulación contra las causas externas: inmovilización; extensión continua y uso de férulas procurando según los casos corregir la adducción o abducción mediante la permanencia del miembro en una actitud de corrección y sosteniendo el tratamiento durante cinco o seis meses y más si fuese necesario ayudándonos de todas las medidas higiénicas que puedan contribuir a la nutrición general del organismo, y su vigorización.

EL MEDICO Y LA SOCIEDAD.

POR EL DR. R. VELEZ LOPEZ.

El médico constituye una entidad destinada a prestar a la sociedad los servicios derivados de la función que desempeña.

En todo momento, y siempre que no se oponga a ello alguna circunstancia atendible, el médico debe ir a cumplir su misión, aunque contraríe sus deseos; aunque ello le exija algún sacrificio.

El médico debe estar dispuesto a toda hora a satisfacer los fines de su humanitaria ciencia y en caso de serle imposible por razón justa, interesarse porque otro compañero le sustituya y el cliente obtenga el beneficio que demanda.

La vida del médico que está dispuesto a ejercer su profesión, no puede ser cómoda y regalada, pues está sujeta a constante variación y agitaciones que los propios pacientes provocan hasta el extremo de robarnos la calma y tranquilidad, no encontrándose muchas veces con ánimo dispuesto a la expansión y alegrías que las fiestas sociales pro porcionaríanle a las que tiene que renunciar para cumplir su deber dedicando su preocupación y concentración de su mente, al bien del enfermo cuya vida depende en gran parte de la labor diligente y sostnida que realice.

El médico cumple en la sociedad un fin de utilidad y provecho inapreciable; y por la elevación de costumbres; rectitud de sus actos y bondad de sentimientos será quien realice en la transformación final que ha de convertirla en una reunión de hermanos dispuesta al trabajo para buscar el fin de su bienestar y realizar la felicidad que todos anhelamos.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA de Puerto Rico.

Suscripción...3 dollars por año

Febrero y Marzo 1913.

EDITORIALES

Esta materia de hospitales es materia de actualidad siempre, siempre sobre el tapete, mientras no entre en el campo de la resolución. Es materia municipal por lo que hace a las enfermedades generales no contagiosas. Desde tiem po inmemorial se viene trabajando en Puerto Rico por la instalación de hospitales municipales y el éxito alcanzado hasta ahora en estos empeños es bien pobre.

Ello, no obstante, a partir del año 1904, se nota que muchas localidades pequeñas, realizando la inmensa necesidad del hospital, van satisfaciendo la general demanda con grandes sacrificios. Es una función municipal, clara y precisa, y son los municipios, es la coletividad, los obligados a atender a los pobres enfermos destituidos de todo recurso. Hay más aún; la función benéfica es de tal naturaleza, que no solo el pobre, sino que cualquier vecino enfermo tiene derecho a una cama de hospital, como tiene derecho incuestionable a que el socorro de solidaridad humana se ejerza en él atendiendole en un caso de emergencia. No es la primera vez que inculcamos o tratamos, al menos, de inculcar en la opinión la idea de que todo el mundo tiene derecho al socorro de emergencia. El hospital que mantiene el pueblo con el dinero de todos, es para todos y sus puertas no pueden permanecer cerradas para nadie, claro está que en casos de reconocida necesidad. ¿Puede dejarse morir sin atención al hombre que no puede o no quiere pagar médico o medicina? ¿No equivaldría esto a presenciar impasibles un suicidio?

El hospital constituye una necesidad de primera clase y es una de tal naturaleza que no se concibe q. falte en cualquier grupo de población por muy pequeño, por muy pobre que sea. El hospital es una necesidad tan grande que no debe correr a cargo exclusivo de las corporaciones poppulares su cuido y sostenimiento. La entidad administrativa municipal representativa del vecindario es la llamada a proveer tal necesidad; pero es cierto que la condición del hospital es de tal naturaleza primaria que corresponde a los vecinos todos, como acto de suprema caridad, abogar por erigir y conservar y atender a esta clase de instituciones. La caridad, ejercida de este modo es la más efectiva, la que satisface más cumplidamente el alto concepto de la misericordia, la que llega más al corazón y ennoblece y reconoce legítimamente al pueblo el título de bueno y caritativo.

El hospital tiende a la multiplicidad en su carácter general. El hospital en su aspecto de especiali-

dad corresponde a las grandes urbes, donde en su vientre se agrupan todos los elementos de estudio y todos los recursos buenos, últimos en la ciencia, para librar a la humanidad de las torturas y peligros de la enfermedad. Muchos hospitales llenan mejor la función que un solo hospital equivalente a muchos.

En un trabajo muy curioso sobre este mismo tema, y que suscribe el Profesor Ch. Wardel Stiles, del Departamento de Sanidad Pública de los Estados Unidos, tropezamos con los párrafos cuya lectura ofrecemos a nuestros lectores pues en ella encontramos puntos de contactos notables con los términos del problema en Puerto Rico.

"Por experiencia dilatada, de más de 20 años dedicados al estudio de las condiciones sanitarias de los distritos rurales de gran número de los Estados de la Unión, me ha impresionado profundamente el hecho de que miles de hombres, mujeres y niños, que en nuestros campos sufran de dolores que pueden ser evitados, que sufran impedimentos para su desarrollo moral, económico, físico e intelectual, y que en múltiples casos se pierdan como ruinas físicas, fenezcan sin otra razón que la de no tener, por que no pueden, dentro de las condiciones actuales, asistencia médica adecuada y especialmente tratamiento quirúrgico oportuno. Es necesario conocer y consignar con gratitud que los ferrocarriles han sido excesivamente generosos concediendo transportar gratis, para hacer posible que los casos oficiales sean conducidos gratis a los hospitales. Pero queda vivo el hecho tristemente cierto de que estas ocasiones constituyen la excepción cuando se comparan con el número efectivo de casos necesitados de atención. Hay que admitir, sin discusión alguna, que existen en nuestras ciudades muchos hospitales a los cuales muchos de los casos en cuestión pueden ser llevados; pero no es menos cierto que queda una gran masa del pueblo que no podrán tener una asistencia médica propia o auxilio quirúrgico a menos que sus enfermos sean admitidos en dichos hospitales."

En el párrafo que sigue, tomado del mismo trabajo, estudia el autor ciertas circunstancias del pueblo rural. "La asistencia del enfermo es otra necesidad clamorosa y tristes en nuestras clases campesinas, acerca de la cual tanto se ha escrito. Aunque no obsecado con las tritezas de nuestros campos, en este último particular mi experiencia personal me ha llevado a un estrecho contacto con la pobreza, la ignorancia y suciedad (por no usar otra palabra más fuerte) de la generalidad de los hogares en los distritos agrícolas a donde me guiaron mis estudios.

La mujer del campo, blanca o negra, por término medio, con la que he entablado relación es, posee ideas excesivamente rudimentarias en materia de la limpieza, de la cocina, de los quehaceres de la casa y del cuido de los niños o de los en-

fermos. Debido a la carencia de estadísticas de mortalidad que ofrezcan garantías en gran número de nuestros condados es imposible presentar cifras para demostrar cuantos son los niños que mueren innecesariamente a causa de la crasa ignorancia de sus madres.''

Estas ideas conducen al autor a abogar por el establecimiento del hospital y la institución de las enfermeras.

La madre, por regla general, agrega el autor, con la cual me puso en contacto mi trabajo, jamás es atendida durante el parto por el médico ni por la enfermera. (nurse). Todo el auxilio de que puede disponer es solamente el que le ofrece su familia, sus vecinos y alguna partera (ignorante y puerca generalmente). Como resultado de esto tienen lugar frecuentes lesiones. No disponiendo ni aún del conocimiento de la posibilidad de un auxilio quirúrgico o de una ocasión para dicho tratamiento, muchas madres soportan la carga innecesaria a través de sus vidas árdnas y tristes. Numerosas observaciones me han persuadido de que los autores que han preconizado las grandes ventajas de la vida en el campo abierto, no han basados sus cálculos en el estudio de las durezas de la madre rural laboriosa (la palabra ''laboriosa'' está usada en su doble sentido).

El modo de ver del autor en la materia es original. A tal punto llega en sus conclusiones que indica que ''un hospital ambulante podría proporcionar alivio a muchas de estas madres que pasan hoy la vida sin pensar siquiera en las ventajas de que gozan las madres más pobres de los barrios bajos de nuestras ciudades.''

Exponiendo el plan dice lo que sigue:

''Durante muchos años he alimentado la idea que me parece una buena solución del problema aquí expuesto, pero hasta hace muy poco tiempo no me fué posible hacer una prueba práctica, aunque en pequeña escala, de la idea en cuestión. Con la esperanza remota de que haya alguna persona que busque una oportunidad para un acto de beneficencia y que pueda leer este artículo me decido a exponer la idea de un hospital ambulante o tren hospital, describiendo ciertas necesidades del campo y un plan que solucione algunas de ellas. Uno de los mayores daños que existen actualmente en los distritos rurales es indudablemente el procedimiento sanitario actual, de la edad media. Hay muchos condados en los cuales la sanidad respecto a la contaminación del suelo, los cuidados de la leche, están solamente en la relación de 1 a 10 en una escala de 100 al maravilloso despertar reciente respecto de estos puntos por parte de los de las juntas de sanidad de los Estados, así como de las juntas de educación, no podrá nunca ensalzárse lo bastante. Se ha tomado pues la iniciativa en este aspecto particular de las necesidades rurales; pero no debemos engañarnos con la idea de q. la reforma haya de hacerse en menos de una

generación, por lo menos de una generación escolar, por que la solución definitiva de este problema descansa en el sentimiento público entre el pueblo que es el que ha de pedir que se hagan, y se pongan en vigor leyes generales y locales tendentes a la disminución de las contaminaciones del suelo, del agua y de la leche.''

Gracias a las bondades del Dr. George Thomas, de Washington, D. C. estoy haciendo un cierto trabajo el cual me ha obligado a tener bajo mi observación personal y gobierno durante periodos de tiempos sucesivos de 20 a 24 horas, cerca de 85 niños de las escuelas rurales. La compañía de ferrocarriles reservó para mí un carro con tres departamentos y otros con dos, que se equiparon como hospital ambulante y laboratorio y estuvieron en uso cerca de dos meses. Con ellos recorrí el territorio de siete escuelas rurales en un condado, deteniéndome en diferentes puntos por dos o tres días en cada uno.

Llegaban los niños al carro a las cuatro y media de la tarde y quedaban en observación hasta la una o las cuatro de la tarde siguiente. La experiencia me ha demostrado la posibilidad del hospital transportable, al menos para muchos fines. Solamente en uno de los cinco puntos de parada, hubo falta de interés y cooperación, ya por parte del pueblo en general, ya por parte de los niños de escuela. Solamente en un punto, (el que he mencionado antes) encontré algún antagonismo digno de mención. La más ligera oposición habida en los otros puntos desapareció después de la primera visita. Todo el viaje fué un éxito decidido.''

Después de explanar la idea del hospital ambulante, guíado por la necesidad de llevar los auxilios de la ciencia allí donde son difíciles, responde a la objeción de la existencia del médico de beneficencia y de los médicos que ejercen en las pequeñas localidades, exponiendo su opinión acerca de la ineficacia del médico rural, cuando no cuenta con el auxilio de la institución hospitalaria.

''Los médicos locales practican una gran obra de caridad; pero la vida del práctico del campo es sumamente dura; las distancias que les separan de sus enfermos son considerables casi siempre, y de aquí que estos hombres no puedan hacer por los campesinos pobres lo que las clínicas gratuitas hacen por el pobre de la ciudad. Los oficiales de Sanidad de los Condados están mal retribuidos y no es posible esperar que puedan atender a muchos enfermos caritativamente cuando bastante sacrificio hacen desempeñando sus cargos oficiales. Ademas de esto, a los médicos del campo se les exige que atiendan a todo lo que caiga, desde el pelo hasta las uñas de los piés, y no tienen tiempo ni ocasión de trabajar en garganta, nariz, oido, ojos, cuando hay tantas cosas que demandan su atención.

Para acudir a tales necesidades de la labor médica en diferentes localidades puede ser que haya varios recursos; pero tal como yo veo

el problema, uno de los procedimientos más viables sería el *tren-hospital* que podría hacer viajes cortos entre aquellas localidades que no tienen hoy especialistas en ojos, nariz, oido, garganta y en ginecología. A menos que en ciertos distritos se hagan cargo de estos aspectos del trabajo médico rural, los que laboran por el bienestar del médico, habrá miles de mujeres americanas que continuarán sufriendo innecesariamente, y miles de miles de niños americanos que intentarán desarrollarse sin la debida ventilación de la economía, a despecho del muy pregonado "aire puro y fresco del campo."

Los párrafos que anteceden demuestan que el problema de la hospitalización de los enfermos es general y que no solamente en Puerto Rio, donde apenas los tenemos, sufrimos su falta, pues la falta existe en el país que se distingue entre otros muchos ricos y atendidos, por el *lujo de sus hospitales.*

Nuestra obra es ruda y hay que acometerla pronto y con verdadera decisión.

* * *

En sesión celebrada por la Asociación Médica de Pto. Rico constituída en Asamblea en Diciembre pasado, se adoptaron la constitución o estatutos y reglamentos porque habrá de regirse en lo sucesivo nuestra Asociación, y ese acuerdo que expresa el deseo y la necesidad de organizarnos, la junta directiva está procediendo a cumplirlo, pues no podría dar un solo paso de avance sin contar primero con la constitución o formación de los organismos que han de integrar la Asociación Médica de Puerto Rico.

Una vez constituido dicho cuerpo en la forma que los estatutos prescriben, entonces podrá funcionar para bien de todos los asociados y tendiendo a alcanzar los mayores progresos morales y científicos y cada miembro debe estar dispuesto a favorecer. Es pues, preciso que cada asociado esté bien informado de la constitución y reglamentos tanto de la Asociación Médica de Puerto Rico como de la constitución y reglamentos de las asociaciones de distrito al objeto de que exista un conocimiento y acuerdo entre todos los asociados en beneficio de la buena marcha de la Asociación.

Enterados bien, todos, de los deberes que como socios o como funcionarios correspondan a cada uno, será preciso que desarrollen sus actividades organizando, fomentando y llevando a la práctica los actos que sea necesario realizar.

Cada Asociación de Distrito representa un organismo y todos engranados funcionarán formando la Asociación Médica de Puerto Rico. Cada organismo o Asociación de Distrito, se desarrollará independiente dentro de su círculo marcado, contribuyendo con sus actividades a la función total que la Asociación Médica de Puerto Rico desarrollará.

Las Asociaciones de Distrito es-

tarán dirigidas o gobernadas por un presidente, un vice-presidente, un secretario y un tesorero, que con los censores o consejeros formarán la Junta de Gobierno y el reglamento explica, determinando las funciones que han de desempeñar. Los delegados que designa cada Asociación de Distrito, irán a formar la Cámara de Delegados, y ellos, recibirán todas las impresiones que puedan recoger en el medio donde desarrollan sus actividades para llevarlas a dicho cuerpo que representa el poder legislativo de la Asociación y el centro donde han de elaborarse las grandes y transcendentales ideas que hayan de conquistar para el médico en Puerto Rico el más alto grado de consideración a que debe ser acreedor.

Es necesario, pues, *trabajar* para alcanzar el concepto a que debemos aspirar todos, y para llegar a ese término de nuestro esfuerzo, debemos saber bien de memoria nuestra estructura como organismo que ha de rendir una función que será provechosa para los elemntos que la integran, y para el cuerpo social a que pertenece.

NOTAS DE HIGIENE.

Durante el año 1911 a 1912 han ocurrido en Puerto Rico 27,607 defunciones. De esta cifra, 6,554 fueron niños menores de un año 3,233, niños de 1 a 2 años; 3,139 niños de 2 a 5 años; 1,253 niños de 5 a 10 años que hacen un total de 14,179.

Las causas que predominaron en esa mortandad de niños está expresada en el diagrama de mortalidad por la diarrea y enteritis en los niños menores y mayores de dos años y el tétano infantil.

El origen de esa enteritis podemos encontrarla con la más absoluta seguridad en el regimen de alimentación de esos niños, y en la calidad de la leche que se expende al público.

Observamos que en las principales ciudades de la Isla y poblaciones de importancia por el número de sus habitantes dicha mortalidad alcanza la más alta cifra, con lo que podemos reunir circunstancias que favorecen las enfermedades del aparato digestivo en esos seres indefensos, como leche de mala calidad—regimen de administración desordenada sin cuidados higiénicos, aglomeración de personas viviendo en condiciones sanitarias que deben corregirse con energía.

El consumo de frutas sin que previamente se someten a una limpieza minuciosa y gustadas sin separar la corteza es un medio también de adquirir infecciones como la que determina la enteritis y la fiebre tifoidea y tendremos que lamentar muchos miles de víctimas, mientras no presida el orden y buen regimen en la alimentación tanto de los niños como de las personas de mayor edad.

Según datos del Laboratorio químico encontramos que lo corriente es el consumo de aguas de mala calidad y esto no debe extrañarnos

dada la costumbre mantenida en muchas localidades de la Isla de proveerse de agua que toman directamente de las quebradas ríos o pozos que están constantemente contaminados. Por todo cuanto se hace necesario que las municipalidades procedan a la construcción de acueductos con todas las precauciones y seguridades que exige la salud pública.

Otra causa que favorece la vida de los micro-orgismos en las poblaciones hay que reconocerla en la humedad o infiltración de los terrenos sobre los cuales se erigen las poblacioines. Mientras no se trabaje en el sentido de desecar esos terrenos por los medios aconsejados por la ciencia; mientras no se adopte el acueducto y se imponga la cómoda costubre de establecer en toda residencia de personas los servicios higiénicos, estaremos amenazados y la salud no podrá alcanzar el grado general a que en todo pueblo culto debe aspirarse.

Se dice sobre el *arroz* que es uno de los artículos de mayor consumo en el país y que pagamos a un precio doble o triple que antes del cabotage con Estados Unidos, que la mayor parte viene cubierto con talco y glucosa; que el comerciante compra según muestsra que le presenta el agente y si llegara a notar luego de recibirse el artículo que no reunía condiciones de sabor o tuviese mal olor, no puede el comerciante alegar nada para rechazarlo por la razón hecha de que la operación o transacción está hecha, y aceptado el artículo.

Entendemos que la operación debiera hacerse bajo condición de inspeccionarse o analizarse el producto por los oficiales peritos de nuestro servicio sanitario para aceptar el alimento en buenas condiciones y rechazar todo aquel que no reuna las condiciones de bondad que las mismas leyes nuestras exigen.

———)|||(———

NOTAS TERAPEUTICAS.

TRATAMIENTO DE LAS GASTRO-ENTERITIS AGUDA EN LOS NIÑOS.

Tenemos que asistir muchas veces a niños de meses y aún mayores que bien por la mala calidad de la leche que ingieren, o por utilizar una cuyos componentes normales están en proporciones insuficientes o alguno de ellos en exceso y las condiciones del aparato gastro intestinal están perturbadas; bien por transgresiones del régimen, presentan un cuadro tóxico alaramnte, y dá un contingente numeroso a la mortalidad infantil.

—Vómitos, diarrea, fiebre-toxhemia.

Hemos tratado estos casos estableciendo la dieta hidrica —Agua hervida 50 a 100 gramos con una pequeña cantidad de azúcar cada 2 o 3 horas y la administración de calomelanos una dosis, según la edad, que determine su acción purgante al cabo de 2 a 3 horas y puede continuarse con una cucharada de aceite de ricino y en los niños mayores con una dosis de sulfato de sosa.

En Benzonaftol a dosis elevadas

hasta 3 y 4 gramos al día con bicarbonato de sosa a igual dosis distribuidas en el día y tomadas cada 3 horas.

Con el fin de actuar sobre la fibra lisa intestinal y sus secreciones hemos usado el extracto fluído de belladona hasta un gramo en 120 gramos de vehículo, obteniendo la regularización en las deposiciones.

Por último y después de sostener por tres días o más la medicina antiséptica hemos administrado el ácido láctico en poción dando una cucharadita un cuarto de hora antes de tomar la leche—una cucharadita de la condensada por 10 cucharadas de agua hervida cada 3 horas.

Se administran baños de asiento o generales tibios y dos enemas de solución salina normal para limpiar el intestino grueso y administrar el suero a través de su membrana. También hemos administrado el suero fisiológico a la dosis de 20 a 50 gramos cada día hasta aplicar 60 o 150 gramos.

(*Seguirá*).

REFLEXIONANDO

Observar bien al enfermo; implorarle minuciosamente; acopiar y ordenar datos anamnésicos; interpretar y relacionar los semeiológicos; conocer el temperamento, sus funciones normales, el medio higiénico, las constituciones patológicas reinantes; investigar con juicio el origen o sea la patogenia de la enfermedad, para adoptar el diagnóstico; juzgar acerca de la benignidad o gravedad del mal y por último adoptar el plan curativo favoreciendo la marcha del proceso, sosteniendo las fuerzas del enfermo y modificando o moderando la exaltación de los síntomas que se presenten. Tal es la misión del médico ante el enfermo. Y debe también poseer sagacidad para por medio de un interrogatorio, descubrir la verdad utilizando preguntas que no impresionen ni despierten sospechas siendo esta parte de la exploración una de las más difíciles.

Debe darse completa cuenta de toda circunstancia de orden moral o material que pueda contribuir a favorecer o mantener un desorden cualquiera, tanto en lo psíquico como en lo físico. No debe mirar con indiferencia las pequeñas e insignificantes causas que pueden ejercer un influjo más o menos directo y que muchas veces escapan a nuestra consideración porque bien pueden ellas por medio de su acción sostenida determinar trastornos orgánicos y preparar el organismo para que otras causas desarrollen en él su acción.

Existen numerosas circunstancias de orden social, educativos, que se refieren a costumbres y prácticas en todo conjunto de individuos las que favorecen entre ellos la presentación de alteraciones del funcionalismo orgánico que todo médico debe saber investigar y conocer, hallándonos muchas veces en situaciones difíciles porque no podemos dar satisfacción al espíritu que investiga y no encuentra el mo-

do de hallar la lógica de los hechos que ante su vista tienen lugar. En estas circunstancias el médico debe aparecer ante los clientes o familiares como si no existiera una lucha entre su razón y su conciencia, y debe procurar la cooperación de otros para dilucidar la situación de su enfermo.

En tales condiciones no podremos ofrecer un juicio diagnóstico y es nuestro deber expresar las dudas que nos hacen vacilar confesando llanamente nuestra perplegidad por no haber podido llegar a interpretar los hechos clínicos.

Mantener la pretensión de que nunca nos equivocamos es sólo pura vanidad y en estas condiciones más que el orgullo propio, quien sufre es el enfermo, que no debe ni puede ser sacrificado. Confesando nuestra ignorancia o nuestro error a la vez que nos elevamos moralmente, contribuimos al bien del enfermo y ganaremos en la estimación de nuestros compañeros, y la confianza que el público nos dispensa estará garantida en la honradez del médico.

EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL

INFORME A LA ASAMBLEA LEGISLATIVA

La Sexta Sesión de nuestra Asamblea Legislativa votó en su Segunda Legislatura una de las leyes más importantes en lo que al desenvolvimiento científico del pais se refiere: la creación de un Instituto de Medicina Tropical en Puerto Rico.

De acuerdo con esta ley, se dieron los primeros pasos en el camino de organización de un centro de esta índole y el Gobernador a propuesta del Director de Sanidad, nombró una Junta que ha venido silenciosa pero eficázmente, elaborando planes y discutiendo proyectos para llevar a cabo la hermosa obra que los intereses médico-sociales y económicos de este país reclaman.

Como resultado de su labor, la legislatura actual puede discutir el plan que la Junta somete a su consideración y que estima como el más conveniente al desarrollo de este organismo para el que propone una ampliación en el nombre y se le llame Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico.

La Junta cree que la misión de este Instituto debe responder a tres necesidades sentidas en la esfera de las actividades médicas y sociales del país: 1. A un mejor conocimiento de las enfermedades propias de esta zona inter-tropical. 2. A una acertada aplicación de remedios nuevos para enfermedades ya conocidas y a la extensión de recursos terapéuticos y de consejos higiénicos en la población rural de nuestra isla. 3. A una preparación de la juventud médica, en el campo de la investigación de las dolencias aquí sufridas, y a la instrucción en ciencia sanitaria al personal subalterno que ha de colaborar con el médico en la obra de saneamiento de nuestras ciudades, pueblos y barrios, y en la preven-

ción de las enfermedades transmisibles y contagiosas.

En cuanto al primer propósito es de todos conocido la necesidad de que estamos de investigar la causa de ciertos padecimientos aquí sentidos, que no solo permanecen en el misterio para nosotros sino que, hasta el presente, lo están tambien para los investigadores que de medicina tropical se ocupan.

Un centro dedicado a esta clase de estudios habrá de estar en constante relaciones con sus similares de otros paises, y Puerto Rico, que ha conquistado en el mundo una sólida reputación científica, podrá acresentar sus relaciones y beneficiarse de los descubrimientos y adelantos de otras instituciones que como la nuestra persiguen idéntica finalidad.

Cumple al segundo propósito del Instituto llevar al corazón del país los apóstoles de la ciencia médica, como portadores no solo del medicamento que cura sino del consejo higiénico que previene y si bien, al principio, serán muy limitadas las zonas donde esta gestión se deje sentir, se iniciará de este modo un movimiento a la par que benéfico para las clases menesterosas de las poblaciones rurales, eminentemente educativo para todas las fuerzas vivas del país deseosas de conservar su salud y mejorar las condiciones de su existencia. De esta suerte los profesionales conectados con el Instituto, irán venciendo prejuicios que la ignorancia de lo que es la verdadera ciencia de curar mantiene en el seno de nuestros campos, y por vías más expeditas que las de la legislación y el castigo, irán desapareciendo, rechazados por la conciencia popular, los curanderos de oficio y los charlatanes de profesión que la superstición de nuestras sencillas gentes viene sosteniendo.

Como tercera finalidad el Instituto debe realizar una obra de educación científica, ofreciendo los resultados de su labor a los médicos deseosos de conocerla y sirviendo, a los que se dediquen al servicio anitario, instrucción sistematizada y uniforme de las materias que han de ser objeto preferente de su gestión profesional.

Dentro de esta órbita de acción el Instituto ofrecerá cursos preparatorios no sólo para los médicos y oficiales de sanidad que lo deseen sino para el personal subalterno que ha de cooperar con aquellos en la obra médica y sanitaria de la isla.

Organizado así el Instituto habrá de atraer necesariamente la atención de todos aquellos interesados en la solución de los problemas de medicina tropical y no será aventurado esperar que de tiempo en tiempo vengan a su seno como conferencistas algunas de las figuras brillantes que en este ramo de la ciencia descuellan.

Para llevar a cabo esta obra la Junta entiende que la labor del Instituto debe realizarse durante el año en tres términos distintos. *Primero,* un término de expedición. *Segundo,* un término de estudio, análisis y discusión del trabajo rea-

lizado y *Tercero,* un término de instrucción.

Para el primer término la Junta estima que deben fijarse tres meses, durante los cuales los miembros del Instituto se trasladen a aquellos puntos del interior o de la costa donde juzguen que su labor ha de ser fructífera.

Por este solo medio es como se podrá llevar a la verdadera fuente de conocimiento de la enfermedad que se desea investigar. No es, en la gran mayoría de los casos, el enfermo acogido en un hospital sujeto á quien pueda hallarse la característica funcional y patológica de determinada enfermedad en su primer estado. Los cambios ope rados en él por padecimientos concomitantes o por evolución de la dolencia inicial, desvían al investigador del recto camino que debe seguir en el esclarecimiento de una entidad morbosa y perturban, cuan do no invalidan, las conclusiones a que se ha llegado.

Por el contrario, el investigador en estas expediciones tiene la oportunidad de observar al enfermo en las primeras fases de su padecimiento, aprecia las relaciones establecidas con el mundo que le rodea, así en lo que se refiere a la flora y fauna más cercana como a las condiciones topográficas de su vivienda, conoce el género de su alimentación y sus usos y costumbres, y con estos elementos de información, absolutamente necesarios, es que puede llegar a la formación del juicio integral de cada entidad nosológica.

En estas expediciones los hombres del Instituto se ponen en comunicación con la población enferma, la seleccionana y la atienden, la enseñan y la curan, y a la par que obtienen los datos indispensables a sus estudios, convergen su atención a los problemas higiénicos de solución inmediata, tan íntimamente ligados con la salud y la vida de las aglomeraciones urbanas y rurales.

Misión de estas expediciones es, además, la de ir formando la topografía médica de la isla. No podemos, al presente, señalar las zonas más castigadas por los agentes causales de la bilharziosis, la malaria, la filariosis, etc. y, en cuanto a las enfermedades que tienen por vehículos ls aguas potables, estas expediciones pueden dscubrir ignorados focos de infección, que, de tiempo en tiempo y con carácter epidémico, azotan algunas poblaciones tanto de la costa como del interior de la isla.

Juegan papel importantísimo en medicina tropical los vehículos animales de infección y tanto cuanto más se conozcan en número y especies los distintos insectos que pueblan la isla y su distribución regional, tanto más se esclarecerán punto obscuros de etiología y de transmisión y difusión de ciertas dolencias.

Es pues, la entomología médica parte fundamental de todo trabajo de investigación en los trópicos y la Junta estima que a esta especialización de conocimientos debe dársele atención preferente.

Para el segundo término la Junta crée que deben consagrarse seis meses, en los cuales se estudien los casos clínicos en los hospitales designados al efecto, se ordenen y clasifiquen los specimens obtenidos, se practiquen experimentos de laboratorio, se revisen los documentos aportados, se discutan las observaciones recojidas, y se preparen, para su publicación, los informes del Instituto. Dentro de este periodo el Instituto estudiará la obra que van realizando los centros similares del mundo con los cuales estará en comunicación y con los que mantendrá intercambio de materiales para el fomento de su laboratorio y museo, a fin de llevar al curso de instrucción que le sigue, los elementos de comprobación necesarios, así como la nota última, el descubrimiento reciente, la aplicación más moderna y todo lo que concierne al trabajo que ha de realizar.

El término de instrucción que comprenderá tres meses, se dispondrá de modo que el personal del Instituto pueda ofrecer por grupos o por clases enseñanza teórica y práctica a los oficiales de sanidad, a los inspectores del mismo ramo y a nurses que deseen ampliar sus conocimientos.

Cree la Junta que la marcha de este Instituto debe ser, hoy por hoy, regulada por una Junta compuesta del Director de Sanidad, una Comisión Técnica y un secretario, la que dispondrá de los recursos asignados y asumirá la responsabilidad económica de la institución.

La Comisión Técnica estará formada por miembros permanentes y asociados, reposando en los primeros la gestión científica del Instituto, al que habrán de consagrar todas sus actividades. Esta comisión será un cuerpo de profesionales absolutamente afines en sus aspiraciones científicas y entre los cuales no habrá diferencias de categoría ni títulos de distinción, sino que, obreros de la ciencia formarán un organismo democrático que no tendrá necesidad de crearse ni dirección ni presidencia.

Los miembros formando parte del Instituto tomarán parte activa en las labores del mismo cuando las necesidades de este lo requieran y trabajarán en el seno de la comisión técnica participando del resultado de aquellas investigaciones a las que hubieren asociados sus nombres.

Esto es lo que en sus comienzos entendemos que debe ser el Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico, y confiamos en que, con el apoyo de la Asamblea Legislativa y la cooperación sincera de todos los que se interesan en el desenvolvimiento científico del país, la institución que nace ahora llegue a alcanzar, en no lejano futuro, la vida próspera y robusta de las grandes obras que enaltecen el nombre de los pueblos.

Respetuosamente,

Por la Junta del Instituto,

Pedro Gutiérrez Igaravidez, M. D.

Isaac González Martínez, M. D.

Notas de la Asociación

Los cargos que deben cubrirse por elección para la organización de las Asociaciones de Distrito son: 1 presidente, 1 vicepresidente, 1 secretario, 1 tesorero, 2 delegados y 3 consejeros pudiendo elegir un delegado más por cada distrito cuando el número de estos exceda de veinte. Sección 9, capítulo 9 del Reglamento general.

Es necesario que se organicen cuanto antes dichas Asociaciones, para que la labor que dentro de estas ha de llevarse a cabo por los funcionarios que se elijan corresponda al fin y objeto para que hemos instituido nuestra sociedad y dependiendo la vida de esta de la actividad que se despliegue.

—El presidente de la Asociación ha nombrado provisionalmente el Comité de Legislación y Policía; forman dicho comité los doctores J. N. Carbonell, V. Gutiérrez Ortiz, J. Gómez Brioso, A. Molina de St. Remy y J. Carballeira Cañellas.

—El doctor A. Santana Náter ha sido nombrado secretario del comité de redacción del Boletín de la Asociación, y es de esperarse que su reconocida actividad sea de gran utilidad para el periódico. Todo trabajo para ser publicado en el Boletín, debe ser remitido al doctor Santana antes del día 15 de cada mes.

—Se suplica a los señores socios y demás médicos que no hayan contestado la carta que les fué dirigida con el fin de establecer la Asociación con fines económicos, se sirvan darnos sus opiniones con el objeto de proceder con actividad a realizar los actos que sean necesarios. La obra que nos proponemos depende de la voluntad de cada asociado y sin su concurso sería inútil todo esfuerzo personal aislado: es obra colectiva; no podría ser nunca producto de una sola persona.

—La Junta Directiva de esta Asociación está pendiente de la organización de las Asociaciones de Distrito, para realizar la labor que le está encomendada. Aguarda con interés la constitución de los organismos que han de formar su engranaje y espera de la actividad de todos sus asociados que el trabajo de organización se realice sin demora alguna. Tenemos el deber de inscribir nuestra Asociación por prescribirlo así las leyes de Puerto Rico, y sin una organización prévia sería imposible.

Personales

—Ha regresado de su excursión científica cerca del Congreso antituberculoso celebrado en San Sebastián, España, y en los centros de investigaciones de la patología tropical de Londres y Liverpool, nuestro distinguido compañero y amigo, doctor Gutiérrez Igaravidez socio de Honor de nuestra Asociación.

El doctor Gutiérrez Igaravidez, que con su fervoroso entusiasmo por nuestra ciencia mantiene muy

alto el prestigio de nuestra clase, no necesita de nuestros elogios para que su nombre brille con los propios destellos de su clara inteligencia. Sus no comunes aptitudes para cuanto signifique investigación y labor clínica, han sido su mejor y más valiosa recomendación y la más firme garantía para que en el instituto de enfermedades tropicales recientemente fundado, demuestre una vez más nuestro estimado amigo todo cuanto vale y es capaz.

El Dr. Gutierrez Igaravidez llevó la representación de nuestra Asociación Médica y de los Anales Médicos de Puerto Rico cuyas dos instituciones fueron recibidas en el Congreso con la distinción de protectoras del mismo.

Que sirvan estas líneas como la demostración de nuestro regocijo por la feliz vuelta a la tierra de sus amores de la que es un apasionado el doctor Gutiérrez.

—El gobernador de esta Isla ha designado a nuestro ilustrado compañero el Dr. Font y Guillot representante de Puerto Rico en el Congreso Antituberculoso de las Indias Occidentales que se celebrará en la Capital de la Isla Trinidad los días 25 al 30 del mes en curso.

Aplaudimos con entusiasmo a nuestra honorable primera autoridad insular, por el asierto que ha demostrado con ese acto y felicitamos al compañero y nos felicitamos como miembros de la Asociación Médica por el alto honor que recibimos una vez más porque el nombre del Dr. Font y Guillot que desde hace muchos años llenó las páginas de nuestra historia patria en varias ocasiones y por mas de un concepto, brilla con fulgores propios que revelan los dotes de su sapiencia, en la labor realizada por nuestra Asociación por todo cuanto nosotros esperimentamos el natural regocijo de saber que pronto él sabrá vibrar en los ambitos de ese Congreso la nota más hermosa y más preciada de la cultura y de la mentalidad puertorriqueña.

Hemos tenido el gusto de saludar a nuestro muy estimado compañero doctor Miguel Rodríguez Cancio, que permaneció unos días en esta ciudad.

—También saludamos al joven e inteligente compañero doctor Susoni, a quien no tuvimos el placer de retenerle un momento, pues iba de prisa y solo pudimos sentir la satisfacción de verle contento y saludable.

—Nuestro querido compañero el doctor Malaret Jr. que cesó en sus funciones del Servicio de Hospitales de la Marina, ha ingresado en el Servicio del Hospital Municipal donde prestará su cooperación ad honorem por todo lo cual enviámosle nuestro parabien y aplauso sincero.

—Con verdadero sentimiento nos hemos enterado de la dolencia de nuestro excelente y bondadoso compañero doctor Sein y sólo hemos de enviarle frases de aliento para que alcance el restablecimiento de su

salud y no se deje abatir el ánimo que en él es fortaleza probada que sabrá sobreponerse para luchar contra el mal. Que pronto recobre el bienestar que se merece.

—Agradecemos en cuanto vale la fina atención de nuestro distinguido compañero doctor Lamela, que nos dispensó cariñosa visita pasando unos días en la ciudad.

—Nuestro distinguido compañero doctor Santana Náter pasa por la honda pena de haber perdido su señora madre doña Ana Náter de Santana. La Asociación Médica se une al duelo que aflije a la familia y envía a ésta la expresión de su sentida condolencia.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R.

PUBLICACIONES RECIBIDAS.

Boletín Oficial de la Dirección de Sanidad de Puerto Rico.

Anales Médicos de Puerto Rico.

Revista de Medicina y Farmacia de la provincia de Murcia, España.

Revista Vegetariana Naturalista de Barcelona, España.

Medical Record.—New York, EE. UU.

Archivos del Hospital Rosales de la República del Salvador, C. A.

Gaceta Médica Catalana. Barcelona, España.

Boletín del Consejo Nacional de Higiene. Montevideo, República del Uruguay.

The Journal of the American Medical Association. Chicago, Illinois.

Revista de Medicina y Cirugía Práctica. Madrid, España.

Le Journal Medica Francais. París, Francia.

Gacette Medicale de París, Francia.

Revista Terapéutica de Los Alcaloides. París, Francia.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

IX ABRIL Y MAYO. 1913. NUMERO 90.

APENDICITIS—VARIEDADES OPERACION.

POR EL DR. R. VELEZ LOPEZ.

En una comunicación presentada por mí en la Asamblea Médica celebrada en la ciudad de Humacao, expresaba que no eran raros los casos de apendicitis de forma aguda o crónica que se nos presentan en la clínica, y decía: "Estimo que no damos todo el valor clínico al síndrome que tantas veces ha de presentársenos en la práctica, y que generalmente se estima y califica de indigestión. Muchas de éstas, sino todas, obedecen a un trastorno fugaz o persistente del órgano apendicular."

"Podemos tener casi la seguridad de un proceso en dicho órgano, siempre que por el tacto obtengamos una reacción dolorosa de aquella zona aun faltando la fiebre. Hallaremos siempre el vómito, el estreñimiento (a veces diarrea, que simula una enteritis) y que yo interpreto como otras tantas por más larvadas de las que con tanto ahinco nos habló Dieulafoix. A sus sabias lecciones, debemos el conocimiento de esta enfermedad, la más traidora de todas, y tengo la convicción de que, recordando sus consejos, estaremos siempre sobre aviso, y en condiciones de apreciar el sindrome apendicular, y pensar en el peligro de la toxhemia, que es el peligro mayor de la apendicitis, a tal extremo cierto, que muchas de ellas, después de una contemporización por la benignidad de los síntomas, fueron tratadas quirúrgicamente sin éxito alguno, debiéndose el fracaso a la toxhemia mortal que dominara el cuadro clínico." "Otras complicaciones pueden observarse como los abscesos a distancia en el hígado, absceso múltiple, incurable. Peritonitis difusa, perforación aguda, etc.

Muchas son las opiniones que distintos profesores han vertido acerca del tratamiento de la apendicitis. Unos se fundan en el peligro de complicar la enfermedad si se opera en caliente: prefieren operar en frío, procediendo al acto quirúrgico después de transcurridas **de seis a ocho semanas** o más, y si persisten ciertos signos como dolorimiento de la región, gorgoteo de la fosa iliaca, estreñimiento pertinaz. Otros operan si se trata de una crisis aguda de forma grave en las primeras 24 ó 36 horas; pasadas las 48 horas no sería prudente la intervención convinien-

do aguardar el tiempo necesario para intervenir en frío.

Entiendo que debemos tener en cuenta todas las observaciones que nos ofrecen los cirujanos que han logrado realizar una serie incontable de casos, y que nuestra conducta dependerá siempre del momento en que apreciemos los casos, de su forma, de la intensidad de los síntomas, de las condiciones del paciente (constitución y resistencia) etc.

Por lo tanto, operar en plena crisis dentro de las primeras diez y ocho horas; operar en frío después de ocho semanas del acceso sobre todo si se trata de una forma crónica.

Esta enfermedad está siempre bajo el dominio del bisturí y debemos siempre aconsejar la operación en su oportunidad.

El tratamiento médico no puede garantizarnos la salud del enfermo, que si continúa bajo la amenaza de un foco inflamatorio que es y puede ser origen de empujes septicémicos, sucumbirá por fin.

La inseguridad de un diagnóstico de apendicitis que en muchos casos es lo que hace titubear al cirujano, es la causa de que existan numerosos apendiculares que sobreviven a los ligeros ataques y continúan por mucho tiempo siendo víctimas de molestias si bien pasajeras, de trastornos intestinales, inapetencia, mal sabor, sensación de peso sobre el lado derecho, cólicos no claramente determinados o precisados en tal o cual punto, etc., expresándose en su estado general de nutrición un decaimiento apreciable, todo lo que debemos imputar a la existencia del foco apendicular.

Actualmente asisto a un joven que después de experimentar un dolor no intenso hacia la fosa derecha, y sentir otras molestias como meteorismo intenso, extreñimiento, vómitos, al cabo de tres días, solicitó mis servicios presentando elevación de temperatura hasta 38.° C. y persistiendo los síntomas del comienzo en tal intensidad, que temí se tratara de una oclusión con peritonitis. Pensé en la operación, pero me abstuve tratando el caso con enemas pequeñas de agua trementinada, y aplicaciones de hielo al vientre, remitiendo, a los cuatro días después, los síntomas y pude apreciar por la palpación de la región apendicular, el estado de su sensibilidad aumentada, ruido de glu glu bien manifiesto—por lo que califico a este enfermo de **apendicular** que deberá someterse a la operación dentro de seis a ocho semanas si antes no tuviese que hacerlo según el carácter del acceso que se manifieste.

LAS CLINICAS DEL MUNICIPAL.

Sin alardes de conocimientos, sin el menor intento de que se nos considere como á maestros, el "staff" del Hospital Municipal de San Juan se propone publicar mensualmente en el Boletín de la A. M. de P. R. algunos de los trabajos llevados á cabo en este establecimiento.

Dos ideas nos conducen á tal acción; primera, la de aprender y segunda; la de que el gran material de experiencia que se nos presentan no sea de utilidad solamente para nosotros, sino también para algún otro que desee acompañarnos.

Nuestros escritores han de ser cortos y en todo lo posible representarán los hechos tal y cual suceden, dando á lo escrito aquella viveza de realidad que hace á los casos interesantes cuando se estudian y se ven de cerca. Intentamos una pobre imitación de las clínicas del gran maestro americano Dr. John B. Murphy, y hacemos esta anotación para que no se nos tilde de plagiadores y se nos trate á medida de nuestros esfuerzos.

OBSTRUCCION INTESTINAL.

HOSPITAL MUNICIPAL

NUMERO DE ORDEN 215.

El Dr. R. López Sicardó trae al cuidado del Hospital á una señora de 86 años de edad, color blanco y refiere que hacen tres días la enferma, después de haber hecho una buena comida, tuvo necesidad de mover el vientre en cuyo acto sintió un fuerte dolor cólico; que el dolor fué aumentando gradualmente y se produce en paroxismos muy agudos. Ha tenido vómitos de color oscuro y evecuaciones sanguinolentas; que antes de ser traida al Hospital ha sido tratada medicinalmente, habiendo sentido alivio con aplicaciones heladas al vientre y enemas de solución salina fría. La enferma dice que desde el momento de su entrada al Hospital se siente mejor, y es de opinión de que no necesita que la operen. Su temperatura es de 36.05, pulso 96, su estado general es favorable. El abdomen completamente distendido y doloroso en todas sus partes; por sus paredes sumamente delgadas se notan los movimientos peristálsicos con la mayor claridad. La peristálsis es mayor por intervalos y en estos momentos se aumenta mucho le dolor. En el día de hoy no han habido vómitos.

La edad de la enferma, la esperanza de que pudiera curar sin operación y otras muchas circunstancias que siempre vienen al caso, hacían á la familia de la paciente temer á la operación. Se decide entonces esperar dos ó tres horas de tratamiento, pero al mismo tiempo se ordena la preparación del cuarto de operaciones y de la enferma para operación de laparotomia por obstrucción intestinal.

Al empezar la operación la paciente se resiste á tomar el cloroformo, y pide que se le opere con la inyección por la espalda como la había operado el doctor Toro la otra vez; efectivamente esta señora fué operada hacen ya varios meses por padecer de prolapso vaginal-uterino completo, dice el doctor Toro que recuerda perfectamente el caso, que fué una intervensión muy extensa por la calidad del prolapso y por existir con él un enorme cistocele; que esta intervención le fué practicada con anestesia lumbar con excelentes resultados. La enferma manifiesta sentirse completamente bien del prolapso. Se la advierte que en la presente operación ha de abrírsele el vientre, y ante tal idea

consiente que se le haga la operación durmiéndola por completo.

Intervensión: Dr. Toro, asisten los doctores Belaval y López Sicardó. Antes de empezar deseo tener la vejiga y el recto vacíos, esto es de suma importancia en las laparotomias; la enfermera cateteriza la vejiga, y pasa una sonda rectal por la cual sale excremento blando fétido y teñido de sangre.

Estamos seguros de que hay una obstucción intestinal, pero no lo estamos del sitio de la lesión, por lo tanto haré una incisión media por debajo del ombligo porque por ella es más fácil explorar el abdomen y porque por lo general las obstrucciones intestinales por cualquier causa que sean son mucho más comunes en el intestino ileo en su parte lejana. La pared es tan delgada que aquí está ya el peritóneo. Dr. Belaval, tire bien de su pinza, debemos incindir el peritóneo primero entre dos pinzas dentadas y tirando fuertemente hacia arriba, pues la distensión intestinal es tal que hay peligro de herir al intestino. Ya tenemos abierta la cavidad, vamos á sostener un poco al intestino que trata de salirse: la cavidad se encuentra llena de líquido sanguinolento, esto denota que hay extravasación por algún sitio. El intestino que aparece en la herida no está traumatizado. Hacia arriba no se encuentra nada de particular. Seguiremos entonces el curso del intestino.

Dr. Belaval; Toro, parece que el "kinking" está del lado derecho; Toro; efectivamente, de este lado no cede el intestino. Separen bien el borde derecho, aquí está. El ileo se ha ensortijado en un redoble peritoneal en la pared abdominal anterior, pasando de derecha á izquierda. Aquí está el ciego muy cerca, y el intestino está tan cojido que no cede, y voy á cortar el anillo que lo aprisiona. Pónganme una pinza de Pean á cada lado del anillo cortado. Aquí tenemos al intestino libre; la comprensión no ha tomado gran parte del mesenterio. Vamos á poner comprensas mojadas en solución salina caliente, si estas no dan resultado tendré que hacer la resección de esta parte del ileo; mide como ocho pulgadas; el sitio donde hacía compresión el anillo está bien claro, poco faltaba para que se produjera una perforación por ese punto; la porción estrangulada está muy dilatada y de color rojo escarlata. Aquí en el punto de constricción se encuentra lacerado el peritoneo del intestino. Hay en el medio del aza un punto negruzco. Bajo el calor va tomando mejor color; las arterias intestinales en su final mesentérico van latiendo con mucha más fuerza y el retorno circulatorio se va efectuando con libertad; esto denota que no existe trombosis de los vasos intestinales. En lo que el intestino se restablece, veamos que banda peritoneal fué la causante del ensortijamiento; empieza en la parte superior de la vejiga y termina en el ombligo, está situada hacia el lado derecho y no es otra cosa que el ligamento umbilical derecho, el formado por la arteria hipogástrica del feto. Voy á suturarlo por el sitio que fué incindido, y al mismo tiempo con la pared anterior

para evitar que el percance pueda repetirse. El intestino ha mejorado mucho y creo que podemos suturar ya la pared abdominal. No dejaremos drenaje, pero empezaremos el tratamiento de Murphy Fowler tan pronto como se pueda.

La paciente mejora rápidamente después de operada; al tercer día empieza á sufrir de diarrea fermentativa, la cual dura unos dos días, despues de los cuales padece de estreñimiento. Sale del Hospital á los veinte días en perfecto estado moral.

EL LIBRO DEL MES

LA TUBERCULOSIS PULMONAR (ENFERMEDAD-EVITABLE-ENFERMEDAD CURABLE.)

POR EL PROF. BRUNON, DE ROEN.

TRADUCCIÓN DEL DR. MONAGAS

Con motivo de la aparición de un libro del Dr. Brunon, de Rouen (Francia), traducimos de la "Revue Moderne de Therapeutique et de Biologie", de París, el juicio que del mismo nos hace el Dr. Breton, por considerarlo de sumo interés clínico y social, ya que se trata del estudio de la Tuberculosis, enfermedad que por haberse enseñoreado del mundo preocupa, y con sobrada razón, á los hombres de Ciencia y á los Gobiernos.

El Dr. Brunon, Profesor de Clínica Médica, y Director de la Escuela de Medicina de Rouen, acaba de editar un libro excelente acerca de la Tuberculosis al que pudiéramos calificar á priori de un libro original, aun tratándose de un asunto bastante rebatido.

A la hora de empezar á combatir con un real cuidado el método de las plagas que oprimen á la humanidad entera, las que han asolado el seno de nuestra raza, es una verdadera y buena fortuna, de poder señalar á los combatientes un nuevo guía, y un estudio sério de táctica, para seguir paso á paso ganando terreno en esta lucha.

Los títulos secundarios del libro, de "Enfermedad evitable" y de Enfermedad curable", prestan confianza desde el comienzo de la lectura: volviendo sus páginas, se apercibirá enseguida que el problema de la tuberculosis, considerado como mál social, es estudiado bajo todas sus formas; que la cuestión ha sido el objeto de un prolongado exámen, de una documentación sustancial y abundante, hallándose reflexiones numerosas, guiadas por un buen y superior sentido, y basadas en hechos clínicos precisos é incontables.

Se trata, pues, de un libro útil, que permitirá á los médicos el poder dar los mejores consejos á los tísicos, de preveer, y prevenir, el desarrollo de la tuberculosis en los sujetos que la hereden, ó en los que por el alcoholismo, ó el surmenage se hallen predispuestos á contraerla.

Pero este libro, que se dirige más particularmente á los médicos, será leído con gran aprovechamiento por todos los que trabajen en la elaboración de las leyes, por los constructores de casas, y edificios comunales, por los que elaboran programas de estudios para los niños, y en una palabra para todos aquellos que se ha-

llen celosos en conservar su propia salud; mejor dicho, este libro deberá hallarse en las manos de todos.

No se puede decir esto de todas las obras médicas, ni de aquellas que tratan de cuestiones médico-sociales, pues á menudo estos libros ó son demasiado ligeros, ó profundos, porque el autor no ha sabido darles la forma agradable que facilite su lectura; no así el libro del Dr. Brunon, que está admirablemente escrito. El autor es un médico en el que su vasta erudición no ha interesado á la elegancia, ni á la distinción del estilo: se conoce que él ha hecho vastos estudios colegiales.

Procede de Normandia que nos ha dado tantos literatos y estilistas de primer orden, como los Flaubert y Maupassant.

INTRODUCCION.

El libro empieza por una introducción que es indispensable leerla. Con el deseo de conocer lo esencial de la obra, se desprecia en ocasiones el preámbulo, y cuando se han leído diez ó veinte hojas hasta llegar al capítulo último que trata del conjunto de aquel, se nota la falta cometida. Será de sentirse que tal procedimiento se siga con la obra del Dr. Brunon.

El preámbulo contiene, en efecto, un estudio histórico del desarrollo de nuestros conocimientos sobre la tuberculosis; un estudio preciso acerca de ella, con abundantes citas que no se hallan por otra parte en documentos originales.

En el curso de esta magistral entrada en materia, se revive una de las páginas más curiosas de nuestra historia médica: por ella, se viene en conocimiento de la evolución, los sabios que tomaron parte en las discusiones acaloradas y de opuestas tendencias.... parece talmente que se les oye, y se aprende tanto....

El 5 de Diciembre de 1865, Villemin, comunica á la Academia de Medicina los primeros resultados de sus experiencias, y formula las conclusiones siguientes:

1a.—La Tuberculosis es una afección específica.

2a.—La causa reside en un agente inoculable.

3a.—La inoculación se hace muy bien del hombre al conejo.

La Tuberculosis pertenece, pues, á la clase de enfermedades virulentas, y deberá tomar sitio en el cuadro nosológico al lado de la sífilis, aunque aproximándose más al muermo.

En la sesión del 30 de Octubre de 1866, Villemin da lectura á un segundo memorial titulado "Causas y naturaleza de la tuberculosis". La emoción que los trabajos de Villemin, levantó fué inmensa. Durante un año los más connotados hombres de la medicina de aquellos tiempos intervinieron con apasionamiento agitando los más graves problemas de la patología general. La especificidad, la virulencia, el contagio, la herencia, fueron objeto de estudios en todas sus faces por hombres como Chauffard, Piorry, Pidoux, Besnier, J Guerin, Herard, Hardy, Noel, Gueneau de Mussy, etc., etc., surgiendo á manera de una revolución en ese momento histórico, pues mientras Davaine

acababa de indicar el parásito del carbunclo, Pasteur, hacía entrever sus ideas acerca de las fermentaciones, y Villemin aseguraba la virulencia, y especificidad de la tuberculosis.

Herard y Cornil, confirmaron desde el principio los resultados materiales obtenidos por Villemin. Más tarde sus trabajos fueron sometidos á una comisión compuesta por Louis, Grisolle, Bouley, y Colin como secretario.

El 16 de Julio de 1867, Colin leyó en la Academia las conclusiones siguientes; las dos memorias de Villemin nos revelaron un hecho de sumo interés; la transmisión de la tísis por inoculación de la materia tuberculosa, conteniendo, además, deducciones, y puntos de mira que no pueden pasar desapercibidos.

En cuanto á la hipótesis de un principio especifico, un virus, que provocase la producción de una materia igual á aquella de que procede el virus, según lo admite Villemin, á Mr. Collin (no le pareció prudente aventurarse en el campo de la hipótesis). El rechaza esa solución "especial" en la que el carácter de la virulencia no le parecía bien aclarado. Chauffard y Pidoux discuten las nuevas ideas (en discursos magistrales en cuanto á la forma) dice el Dr. Brunon.

Chauffard, no admite que las inoculaciones practicadas por Villemin juzguen la cuestión de la especificidad, y contagio de la tuberculosis, y en su discurso emite ideas cuyo porvenir ha enseñado la inexactitud de ellas, avecinándose á frases que serán quizás verdades para el mañana.

¿Qué valor tiene el contagio abierto de todas las condiciones comunes y diatésicas, bajo las que estalla á menudo la tuberculosis?

No creemos que los daños quiméricos puedan compararse con los reales. No nos imaginemos que un contagio siempre amenazante, pueda dejar de temerse por hallarse comprendido entre las numerosas causas tan múltiples, como insidiosas que á él se refieren.

Pidoux era un terrible adversario de esta creencia; partidario de los más convencidos de la doctrina de las diátesis, y de la espontaneidad mórbida del organismo, rechazaba todo lo que no se hallaba de acuerdo con éstas ideas.

En la voluminosa obra de Mr. Villemin no se halla aparte de sus inoculaciones, más que presunciones, analogías, hipótesis y comparaciones forzadas é inducciones ilegítimas; no se observa ni siquiera una sombra sola de una prueba ó hecho clínico.

Mr. Villemin proclama una pamspermia nosológica, y hace flotar en las nubes los gérmenes de la tuberculosis así como de las demás enfermedades.

Esta teoría ha provisto á Mr. Pasteur de nuevas pruebas para apuntalar la doctrina de la homogeneidad ilimitada.

Cuando Villemin en presencia del bacilo manifestó que lo que nosotros sabíamos del tubérculo no era el virus, que la inoculación de este tubérculo no podía obrar por su naturaleza vi-

sible y palpable y que sí solamente en virtud de un agente patológico más sutil que se halla en su contenido, y que escapa á nuestros sentidos: Pidoux, no pudiendo contenerse, contestaba á aquella diciendo: "ésta es una concepción por completo vulgar y cándida"; ella parece haberse concebido en plena edad media. Es una doctrina animista del virus en la que el agente específico es concebido como un alma existiendo por ella misma, y el tubérculo como un cuerpo sin vida en que el virus vendría á animarlo; lejos de nosotros este dualismo. Es el terreno de quien depende todo, no es la semilla la que actúa por sí sola, y con esta última frase se resasume la opinión de Behnier.

Heard, el decano de los fisiólogos franceses, dice "que la verde vejez se admira y goza con lo que la rodea". Fué desde el principio más ecléctico, y más claro en lo que á las ideas de Villemin respecta. Acepta que la tuberculosis es una enfermedad virulenta, que es contagiosa é inoculable, pero convencido de su no espontaneidad.

Gueneau de Mussy tuvo la clara visión de lo que está más cerca de la verdad, y desde el principio habría ésta satisfecho, á este gran médico, sino hubiera cedido á Villemin todo el honor de haber demostrado el contagio de la tuberculosis, ya que desde 1859 él había establecido la realidad de esta concepción.

El acepta toda la doctrina de Villemin, y considera que el solo error de este sábio estriba en creer que las causas de la propagación de la tíisis sólo se debe al contagio. Estas causas, dice él, son con la herencia, todas aquellas que debilitan la fuerza plástica, la energía nutritiva, es decir, la debilidad constitucional, los excesos prolongados, y las graves infracciones de la Higiene.

Y más lejos, estas frases, que parecen escritas ayer:

La investigación de las causas de la tuberculosis se une íntimamente con el problema de la degeneración de las razas. La tuberculosis halla poderosos auxilios en nuestro estado actual social, en nuestras instituciones, y en los errores de la higiene pública. Es allí donde se hallaran de modo manifiesto las condiciones propagadoras más activas de la enfermedad, y es allí también donde se hace preciso el hallar el remedio.

Siempre que vemos que una enfermedad virulenta sobreviene, sin que se halla podido averiguar la transmisión, debemos admitir que la infección ha nacido ó desarrollado expontáneamente.

Este recurso, dice el Dr. Brunon, no se hallará más que en la medicina individual, aunque sí también en la social. La mayor parte de los médicos sostienen, como patologistas, que la enfermedad puede originarse bajo la influencia de causas banales, como la miseria y la fatiga. Los patologistas sostienen la especificidad de la tuberculosis, y la necesidad absoluta del contagio.

Los dos campos se atacan frente á frente con una fórmula demasiado estrecha y sencilla. Hoy, nosotros tenemos una comprensión más clara

de la complexidad de estas cuestiones. Lo que nos llama la atención en la hora actual, es de ver qué tantos hombres de valer puedan oponerse á los razonamientos y hechos anunciados por Villemin, y nuestro asombro es mayor, añade el Dr. Brunon, si confesamos la ignorancia de la historia de la Medicina, que es un gran capítulo de la historia del pensamiento.

¿Qué pasará después de estos primeros combates? Dos teorías han nacido de ellos, tomando una forma esquemática, para mejor oponerse la una á la otra: los antiguos dicen "el terreno es todo" los modernos aseguran que el terreno no tiene valor alguno, y que el microbio es el todo. De ahí el que al admitir la antigua expontaneidad de la mayor parte de las enfermedades, se exclame con acento de triunfo: "No hay enfermedades expontáneas".

Los dos lados se combaten con furor, de ahí el que los sabios no deberán dejarse interesar por apasionadas controversias.

Pero un nuevo hecho hace tranzar la cuestión dejándola en suspenso: el 24 de Marzo de 1882, Roberto Koch demuestra la existencia en los productos tuberculososs de un bacilo especial, quedando de una vez aclarada la naturaleza parasitaria de la tuberculosis.

Aparte de algunas excepciones, el mundo médico permaneció indiferente acerca de las ideas de Villemin. La medicina francesa se había vuelto excéptica ante el genio de un francés. Mr. Bouchard había intentado de 1879 á 1880 el inaugurar en la Facultad, la enseñanza de la bacteriología. Después del descubrimiento de Koch él se entusiasmó por esta ciencia.

Una nueva era parecía empezaba á renacer; en los productos espectorados de los tuberculosos, el bacilo, y como elemento principal del diagnóstico, el microscopio: en la profilaxis la guerra al esputo. Se dudaba pues, de que el bacilo lo fuera todo. Un dogma había destronado á otro.

No se habla más durante 30 años que de las "enfermedades expontáneas de Chauffard", ni de la Autogenesis de Pasteur. Aquel que hablaba de "diatesis" parecía un nuevo Epimenido que había dormido mientras la ciencia marchaba. Infinidad de personas ignoran en la actualidad la doctrina de las diatesis, y la consideran como un deshecho del pasado, una doctrina olvidada, una idea de la edad media, completamente inútil delante de las espléndidas revelaciones de la bacteriología.

Estamos, pues, nosotros, en la aurora de una nueva era. El entusiasmo que suscitaron las ideas exclusivas de las escuelas alemanas se fueron enfriando de día en día, volviendo el factor personal á tomar el puesto de honor que le correspondía.

Las ideas neo-vitalistas de Cl. Bernard son repetidas, y se comienza á pensar con Mr. Bouchard que "para enfermar se hace necesario la reunión de dos factores: el primero, indispensable, el gérmen infeccioso; el segundo, no menos indispensable, la conni-

vencia del organismo, que pone á la disposición del gérmen reunidas las circunstancias físicas y químicas que constituyen el medio viviente.

¿No tenía, pues, yo razón al decir que el preámbulo del libro del Dr. Brunon nos enseñaría algo de interesante? Verdaderamente, las obras de medicina que nos han precedido no han sido leidas lo suficiente. El orgullo contemporáneo, dice el Dr. Brunon que yo me veo precisado á citar, es excesivo por la ignorancia de la historia de la medicina. La historia de nuestro arte debería servirnos para volvernos modestos, pretendiéndose por muchos el que las verdades médicas daten sólo de su tiempo. Nuestros padres podían quizás tener razón pensando de otro modo.

No obstante, es preciso reconocer que el cuerpo médico francés conserva reunidas las tradiciones nacionales de mesura y prudencia. Por intuición se sabe que toda verdad es el centro de un grupo de errores; para estudiar la vida no se exige la destrucción de nada; el tiempo se encarga de destruir lo que no es verdadero. He ahí explicada la lentitud con que una idea se abre paso entre el gran público médico. La masa de los médicos procede á la manera del campesino ante las novedades de su época; por instinto, y sin análisis, se sabe que una idea no reemplaza á otra, abandonarla porque adolezca de antigüedad, es omitir una forma de la verdad, en la que la compensación no está asegurada.

PRIMERA PARTE.

LA TUBERCULOSIS ES ENFERMEDAD CONTAGIOSA.

El autor insiste en este capítulo sobre dificultades acerca de la evidencia del contagio, tanto familiar como nosocomial, que se realiza en el personal hospitalario, dadas las propiedades biológicas del bacilo y sus vías de penetración en el organismo humano.

Las ideas actuales, dice el Dr. Brunon, asimilan cada caso clínico á un hecho de inoculación experimental. Esas ideas son las consecuencias lógicas de las experiencias del laboratorio, pero en medicina la lógica es admisible; los fenómenos de la vida son muy complejos que no podrían ser tenidos en cuenta sin la patología experimental, de modo que, la clínica no hubiera aceptado jamás sin segunda intención, el dogma del contagio derivándose de la inoculación.

Es decir, pues, que el contagio no existe? No: ciertamente: Puede ser que en casos raros el adulto tome realmente la enfermedad por contagio, mas ésto es un mecanismo excepcional: en la inmensa mayoría de los casos el contagio se hace en la infancia, en los primeros meses, ó en los primeros días de la vida. El contagio, es probablemente inevitable, pudiendo decirse que se halla en estado de tuberculosis latente. La enfermedad, por otra parte, se halla como adormecida por espacio de muchos años; ella podrá revelarse sea porque de nuevo vuelve á adormecerse, siempre en consonancia con la debilidad ó resistencia del organismo, por primera vez invadido.

Y para terminar, añade el Dr. Brunon, continúo profesando la más grande admiración por los trabajos de Villemin, sin dejar de comprender que sus adversarios de la Academia no iban del todo desacertados.

LA TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD HEREDITARIA.

La herencia en la tuberculosis es todavía un artículo de fé para la masa del público, y para buen número de médicos.

¿Que debe entenderse exactamente por la expresión de herencia en patología? Los trabajos de Pasteur han esclarecido algunos puntos de esta cuestión, por otra parte, bastante oscuros: él ha hecho la prueba de la herencia en tipos similares patológicos, notándose que en la herencia de un sér, hay la adquisición de todos sus ascendientes. Lo que es más amenudo hereditario no es la enfermedad, sino la diatesis, es decir, el trastorno general de la nutrición que viniendo á terminar en una de esas enfermedades, forma, por su reunión, una familia mórbida. La diatesis, como lo ha dicho Debierre, es la enfermedad que dormita.

No se puede afirmar todavía que sólo se hereda el terreno, como asimismo el gérmen; de ahí, el que halla de tenerse presente la conclusión prudente de Grancher y Hutinel "lo que sabemos, dicen ellos, es que hay familias más tuberculizables que otras."

Con estos datos, el autor añade, una nota de verdadero interés: junto con la ley de herencia, por la que la naturaleza se imita, y se repite, existe, como lo han establecido Lucas, Darwin y Heckel, una ley imnata, por la cual la naturaleza crea é inventa; esta particularidad es á la patología fetal, como la herencia es á la patología de la especie. Al nacimiento, el infante podrá aportar los caracteres de la raza, que la herencia le da, y á los patológicos que le son innatos. Diremos pues, que la herencia de la tuberculosis no tiene nada de fatal: desembarace á las familias de esta temida morbilidad de la herencia, haciéndose necesario deshechar el temor excesivo del contagio.

Hay, delante de nosotros, dice el autor, una herencia tan terrorífica como la que nos ocupa, y ésta es la herencia alcohólica debida á la impregnación crónica ó pasagera de los padres en el momento de la fecundación.

SEGUNDA PARTE.

LA TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD EVITABLE.

Las pestes de la antigüedad, las pandemias de la edad media nos son desconocidas. La fiebre amarilla imperaba en Cuba; los americanos llegaron á ella, aplicaron los medios adecuados, y la enfermedad no tardó un año en desaparecer.

Este ejemplo es uno de los más bellos, añade el Dr. Brunon, de los que podrían ser citados, para demostrar la superioridad del método de los anglo sajones sobre la negligencia ó *laisser-aller*, de las razas latinas ó esclavas.

Cada año se vé aumentar el número

de las enfermedades curables; el médico se volverá, según la expresión del Prof. Landouzy, un *preevedor,* en lugar de ser, ó en ensayar de ser, un *curador.* Los ingleses, los primeros, han comprendido que la tuberculosis es una enfermedad evitable. Bien antes que Villemin y Kock, bien antes que la demostración experimental del contagio, y el descubrimiento del bacilo, los ingleses habían demostrado que podía evitarse, gracias á medidas de Higiene general aplicadas á los individuos, y á una educación especial peculiar de toda una nación.

En Francia, si queremos oponer un dique á la tuberculosis, es necesario hacer una revolución en nuestras costumbres. Es indispensable que se cree entre nuestros hombres de Estado la creencia de que la salud pública ha de ser lo primero entre todo cuidado á ellos confiado; es así mismo necesario que la opinión pública se agite en este sentido, y que la iniciativa particular contribuya del mismo modo á ese movimiento.

Del conjunto de un considerable número de hechos, resulta que dos causas principales favorecen el desarrollo de la tuberculosis.

1a.—LA INSUFICIENCIA DE AIRE.
Y 2a. EL ALCOHOLISMO.

A la influencia del aire se ha sumado el estudio de las condiciones del trabajo, y del lugar donde aquel se verifica, y estos dos puntos importantes componen el objeto de capítulos especiales en los que se hallarán puestos en evidencia, y como escogidos, tres felices ejemplos tópicos de los errores que se cometen cada día y por todas partes, pero sobretodo en nuestro pais.

De todos lados, clínicos y químicos, han estado conformes en señalar los peligros del aire confinado, combatiendo la rutina del ayer que achaca á infinidad de enfermedades al aire libre, y los enfriamientos. En Francia, somos más neo-latinos que Celtas; nuestras costumbres son latinas, de modo que el Medio-día gobierna á París, y París á la Francia. Una prolongada costumbre ha labrado nuestra educación en sentido latino; es el convento, y el colegio, los que han formado las generaciones. En el convento, el espíritu de modestia, y de mortificación hace descuidar la calefacción, y por consecuencia la aereación y las abluciones corporales del individuo.

Nuestros liceos, han conservado las costumbres monacales bajo este punto de vista, y después de su creación bajo el imperio, el tiempo nos ha enseñado que estas deficiencias deben ser seriamente reformadas.

El francés es aerofobo; el temor al frío, al aire, y á los enfriamientos son constantes en él. El Dr. Brunon estudia enseguida la habitación en Francia; él insiste acerca del importante papel que en Alemania tienen las leyes obreras, y el cuidado que pone el Estado en la construcción de los alojamientos para obreros sanos; él señala después los esfuerzos hechos en Inglaterra en el mismo sentido, poniendo de relieve los beneficios obtenidos por las ciudades-jardines; vi-

llas, ó ciudades, erigidas en lugares destinados al cultivo, y en los que cada familia posee su casa rodeada de un jardín.

Después pasa al estudio, con frases duras, del alcoholismo, que ha podido estudiar por otra parte, bajo todas sus formas en la región normanada, haciendo resaltar con una claridad sensacional el peligro que existe para la raza.

Instrucciones de los niños en la escuela; reforzando esta enseñanza en los adolescentes en la armada, y para el adulto suprimamos el increible privilegio de los alambiques de aguardiente, disminuyamos la contribución que pesa sobre el vino, la cidra, la cerveza, limitando el número de tabernas. Más adelante el Dr. Brunon estudia la vida del colegio, y la del convento, demostrando el exceso de trabajo en los liceos, citando como ejemplo los liceos ingleses.

En la tercera parte, ó sea, la tuberculosis como enfermedad curable, el autor insiste particularmente sobre un hecho muy amenudo desconocido por los mismos médicos, y es, que la tuberculosis cura con mucha frecuencia, apesar de hallarse en una face adelantada de su evolución en la que es fatalmente progresiva. El bacilo tiene su papel, pero el terreno tiene una influencia más importante sobre el bacilo, y el médico debe con buen tacto, con inteligencia, y con tenacidad trabajar para dirigir esta influencia del terreno que debe ser considerada antes que todo.

Los medios de diagnóstico precoz y el diferencial, forman el objeto de la parte cuarta del libro.

El estudio del tratamiento termina el libro. No se puede reasumir esta importante parte del libro sin hacer resaltar muchas de sus cualidades limitándose á citar los capítulos que la componen: el reposo, la cura de aire, de frio, la cura de luz, la alimentación al aire libre, la asepsia médica, y su papel en la profilaxia, y el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, el tratamiento de la fiebre, el de la hemoptisis, y por último el de la revulsión.

Las observaciones de la tuberculosis de los animales, que en las discusiones ha sido con frecuencia comparada con la del hombre, forma el último capítulo, consignando la última página del libro á conclusiones generales que. tanto para el libro, como para el lector no deben dejar de ser conocidas; helas aquí:

Es justo y necesario repetir que la historia de la tuberculosis es de origen puramente francés; han nacido en Francia su anatomía, su descripción, y su tratamiento higiénico; la profilaxia se ha perfeccionado en el extrangero.

La cuestión de la tuberculosis es social. La lucha contra la enfermedad exige la movilización de todas las fuerzas sociales, públicas y privadas, oficiales y voluntarias; de todas las fuerzas humanas asociadas.

"Dos objetivos principales deberán llamar la atención de los franceses; la lucha contra el alcoholismo, y la lucha contra la tuberculosis. Por esto se hace necesario hacer una revolución contra nuestras costumbres.

Si nosotros nos decidimos por esta evolución, hay que estar á la mira de lo que hacen las naciones vecinas.

Los ingleses han instituido después de un siglo, la vida al aire libre. La Alemania ha hecho de sus escuelas y talleres escuelas de Higiene. En cuanto á la América he ahí lo que dice Mr. Landouzy: Por los paseos, por sus jardines, por sus parques, por sus stands, por sus terrenos de juego nada es bastante. Ellos levantan campos floridos, forestas umbrosas en sus ciudades, como Chicago, Providencia, Baltimore, Brooklyn, New York, Filadelfia, Washington "cambian el oro por aire puro" New York vota 25 millones para plantar sus jardines. Boston emplea 166 millones en la compra de terrenos, dando un millar de hectáreas para ser destinados á los juegos infantiles.

Ved ahí como los Anglo-sajones preparan los hombres del mañana en la salud, contando con la energía, la voluntad, y las virtudes viriles.

Y nosotros que hacemos entre tánto ¿qué hacemos?

INFORME PRELIMINAR

PRESENTADO A LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE PUERTO RICO POR EL DR. P. GUTIÉRREZ IGARAVÍDEZ, DELEGADO AL SEGUNDO CONGRESO ESPAÑOL INTERNACIONAL DE LA TUBERCULOSIS, CELEBRADO EN SAN SEBASTIÁN, ESPAÑA, DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1913.

En cumplimiento de una ley votada por la Sexta Asamblea Legislativa de Puerto Rico en su Segunda Legislatura, tuve el honor de ser nombrado por el Honorable Gobernador de la Isla para representar a Puerto Rico en el Segundo Congreso Internacional Español de la Tuberculosis que tuvo lugar en San Sebastián, España, en los días del 9 al 16 de septiembre de 1912.

Por disposición de esta misma ley el delegado elegido debe informar a la Asamblea Legislativa del resultado de la honrosa misión que se le confiara, y es en obediencia a este mandato que tengo el honor de dirigirme a los Cuerpos Colegisladores de mi país.

Mas, como la obra realizada en Congresos de esta naturaleza, requiere para dar de ella cumplida información, un examen detenido y juicioso de la labor de las distintas secciones si se quiere obtener, en último término, el debido provecho de estas Asambleas Científicas, el delegado que suscribe, no habiendo podido preparar, por premura de tiempo y por falta de muchas importantes comunicaciones al certamen, no publicadas todavía, un informe completo, ruega a la Asamblea Legislativa se sirva aceptar esta nota preliminar de su trabajo a reserva de ampliarla en la próxima Asamblea Legislativa.

Con las formalidades de costumbre y en la fecha oficialmente anunciada, dieron comienzo las tareas del Congreso, al que concurrió lo más selecto de la intelectualidad española interesada en los distintos aspectos de la lucha anti-tuberculosa y una lucida y brillante representa-

Sanatorio Antituberculoso de Puerto Rico.

Vista general del Sanatorio.

ción de las Repúblicas de Argentina, Colombia, Cuba, Guatemala, San Salvador, Uruguay, Venezuela y del Comité Franco-Hispano-Americano de París.

La protección de SS. MM. los Reyes de España y de S. M. la Reina Madre Doña María Cristina, se hizo patente en lo que a los actos oficiales se refiere, con la presencia de estas augustas personas en la sesión inaugural del Congreso, en la apertura del Sanatorio de San Sebastián y en la recepción dada a los Congresistas en el Palacio de Miramar. Todos los Congresistas fueron galantemente atendidos por SS. MM. y por lo que a la representación de Puerto Rico toca, las reales personas le honraron con su saludo y S. M. el Rey le hizo el honor de su afectuosa conversación durante el acto celebrado en Palacio.

Tanto las autoridades municipales como las de la Diputación Provincial y las Sociedades de solaz y recreo de la muy culta ciudad de San Sebastián, colmaron de atenciones al suscribiente y debo, como tributo de justicia, dejar consignado en esta ocasión mi profundo agradecimiento a tan distinguidas personalidades.

El Comité organizador del Congreso, que, de una manera acertadísima, supo vencer todas las dificultades inherentes a la preparación de estas grande asambleas, honró a la representación de Puerto Rico con una de las presidencias de honor del Congreso y prodigó al suscribiente toda clase de atenciones.

Creyó de su deber el delegado de Puerto Rico hacer conocer al Congreso los trabajos llevados a cabo en este país para combatir la tuberculosis y presentó en la sección de Higiene y Acción Social una memoria titulada "Campaña Anti-Tuberculosa en Puerto Rico", que fué premiada con mención honorífica por el Comité Ejecutivo de dicho Congreso.

En la exposición anexa al mismo se exhibieron ampliaciones fotográficas del Sanatorio Anti-Tuberculoso y de la caseta que servía para la campaña educativa. Una copia de la memoria y de las fotografías presentadas, acompañan a este informe.

En cuanto a la labor científica de este certamen, con haber sido altamente meritoria y haber puesto sobre el tapete orientaciones nuevas, así en la patogenia como en el tratamiento de la tuberculosis, no ha podido resolver muchos de los serios y capitales problemas que en el dilatado campo de esta plaga social solicitan la atención del mundo. Pruébanlo las conclusiones del Congreso, de las que me permito mencionar aquellas que tienen un carácter más genérico y deben entre nosotros ser objeto de conocimiento y estudio.

Pero antes de proceder a su exposición, no quiero dejar de registrar como nota saliente del Certamen los trabajos del Dr. Ferrán, de Barcelona, sobre el Saprofitismo del Bacilo de Koch, que merecieron, por parte de la Sección de Bacteriología, una entusiasta felicitación al

ilustre bacteriólogo, a la que tuvo el honor de añadir su nombre el delegado que suscribe.

Las conclusiones a las que antes hago referencia y que fueron aprobadas por unanimidad son las siguientes:

SECCION PRIMERA.
BACTERIOLOGÍA.

1. Según la doctrina del Dr. Ferrán, comprobada por algunos experimentadores, existe el polimorfismo del bacilo tuberculoso de Koch con caracteres tan acentuados, que se diferencian hasta el día y se describen separadamente por los suyos propios los tipos A-B-C. (a-r de Koch) y D. El Congreso, en su Sección de Bacteriología, admira la labor del eminente sabio y se abstiene de opinar sobre este punto, esperando para hacerlo a que estos estudios alcancen sanción más completa.

3. Las nuevas teorías reinantes en la Ciencia sobre inmunidad imponen la conveniencia de realizar estudios experimentales encaminados a combatir la anafilaxia producida por las inyecciones de antígenos tuberculosos.

4. El problema de la inmunidad activa se encierra en el estudio bioquímico del germen específico en relación con la bioquímica celular del hombre.

5. La sueroterapia antituberculosa no ha conseguido hasta el día resolver el problema de la inmunidad pasiva de los tuberculosos.

6. La vacunación anti-tuberculosa, o sea la inmunización activa del hombre y de los animales contra la tuberculosis, es un problema que no está definitivamente resuelto.

SECCION SEGUNDA.
MEDICINA.

3. La cutirreación a la tuberculina es más una reacción genérica tóxica que específica, y, por lo tanto, no se le puede conceder un valor absoluto en el diagnóstico de especifidad.

4. Se ha considerado como uno de los tratamientos más importantes de la tuberculosis pulmonar el llamado higiénico-dietético, sólo o asociado con los distintos recursos del tratamiento adicional o del llamado específico, considerándose el medio más apropiado para ellos las distintas clases de Sanatorios, según los casos.

SECCION CUARTA.
VETERINARIA.

1. La leche procedente de las vaquerías es frecuentemente tuberculosa y peligrosa para el consumo, especialmente como alimento de los niños si se consume sin previa esterilización. En su consecuencia, se impone la necesidad de que nuestro Gobierno dicte una disposición general, de carácter urgente, por la cual se obligue, sin contemplación alguna, a los dueños de las vacas destinadas a las industrias lecheras, a la prueba de la tuberculina u otros medios reveladores.

9. Que con objeto de difundir la labor higiénico-educativa se publiquen cuartillas sobre la profilaxia de la tuberculosis en los animales do-

Casa de Administración, Oficinas y Hospitalillos del Sanatorio.

Modelo de Caseta.

mésticos, que sean repartidas gratuitamente.

SECCION QUINTA.
ARQUITECTURA.

1. Estando demostrado por la Ciencia que los Sanatorios constituyen la más eficaz defensa profiláctica y curativa de la tuberculosis, la Sección de Arquitectura del Segundo Congreso Internacional de Tuberculosis se asocia unánimemente al movimiento iniciado en toda Europa, y propone a la Asamblea en pleno la conveniencia de multiplicar tan regeneradores instituciones benéficas.

2. El funcionamiento de Negociados de Higiene en los Ayuntamientos donde ya existan, reformándolos convenientemente, y creación de los necesarios para continuar y persistir en la formación de registros de viviendas, encargando a personal técnico el empadronamiento y la inscripción de las fincas, denunciando a las que no reunan condiciones y haciendo pública la mortalidad de barrios y causa para conocimiento de los inquilinos que las ocupan o traten de arrendarlas.

1. Exigir la promulgación de leyes de ensanche, reforma y saneamiento e higiene de grandes y pequeñas poblaciones, consignando las siguientes disposiciones generales:

a) Expropiación total o parcial por causa de malas condiciones higiénicas de las viviendas.

b) Superficie mínima de 59 metros cuadrados por habitante, comprendido el solar edificado y espacio libre.

c) Anchura de las calles y altura de las casas proporcionadas a la latitud y tipo de construcción de cada lugar, en forma que los rayos solares bañen por lo menos durante dos horas diarias toda la fachada orientada al Mediodía, debiendo guardarse la misma proporcionalidad para las demás calles y fachadas

3. Se obligará a todos los Ayuntamientos a levantar, en un período de tres años, planos geométricos de la parte urbanizada y a estudiar en el plazo de otros tres la reforma y ensanche de la población, mejorando sus condiciones higiénicas y proveyendo atenciones venideras.

SECCION SEXTA.
INGENIERÍA SANITARIA.

La Sección de Ingeniería Sanitaria, en vista de los trabajos presentados, acuerda las siguientes conclusiones:

1. Que se solicite del Gobierno estimule el celo de los Municipios para que, dentro de sus recursos económicos, dediquen atención preferente a la urbanización de las aglomeraciones, tanto urbanas como rurales, saneando su subsuelo y revistiendo las calles y plazas con pavimentos higiénicos.

3. Que la designación de las autoridades que han de intervenir en estas cuestiones (muy especialmente en la depuración de aguas residuales) y la reglamentación correspondiente, deberán ser objeto de un detenido estudio, en el que intervendrán conocedores de Derecho, de la higiene general, ingenieros sanita-

rios, para que se pueda llegar a algo práctico en tan delicado asunto, que afecta al problema de la peste blanca, como a otros tantos azotes de la humanidad.

SECCION SEPTIMA.

HIGIENE Y ACCIÓN SOCIAL.

2. En vista del peligro que ofrece la tuberculosis, por su carácter transmisible, entre los cónyuges, y las consecuencias funestas que puede determinar en la descendencia, por su carácter heriditario y transmisible, es de desear que los Gobiernos piensen seriamente en la necesidad de que la ley establezca limitaciones en la celebración del matrimonio entre individuos tuberculosos.

3. En defensa de la mujer y de la infancia exige una atención preferente, requerida por la saludable advertencia de las estadísticas de la mortalidad infantil, que hace estéril el próspero aumento de la natalidad patria y aconseja que por la Administración pública, secundada por la iniciativa de entidades particulares, se impongan para la madre medidas defensivas y de garantía antes y después del parto; evitándole trabajos prematuros, vulgarizándose la educación de la Maternología, distribuyendo socorros alimenticios, creando comedores populares; y para los hijos, inspección de la lactancia de los mismos, recomendando que, después de su crianza, no vaya prematuramente a la escuela; que en ésta, la inspección médica sea una verdad, no solamente para las personas, sino también para los locales, los cuales deberán ser amplios, ventilados y soleados, con galerías y terrenos inmediatos donde pueda establecerse la educación al aire libre, completándose esta labor con la creación de cantinas escolares, paseos y excursiones, colonias de verano y sanatorios marítimos infantiles.

5. Entendiendo que la casa insana es la causa principal del contagio de la tuberculosis, el Congreso debe pedir que por la Administración se declare obligatorio el encasillado sanitario de las viviendas, recordando a los médicos que será inútil esta declaración si, olvidando preceptos de las disposiciones vigentes y su celo en el cumplimiento de su humanitaria misión, no declaran a las autoridades la presencia de los casos de tuberculosis en que ellos intervinieren.

6. La defensa social contra la tuberculosis aconseja la perseverante creación de cuantas instituciones sirvan para prevenir a remediar el mal, tales como dispensarios, jardines de convalecientes, sanatorios, hospitales especiales o salas de aislamiento en las clínicas; toda vez que aquéllas sirvan unas para evitar el mal, lográndose en las otras sea esto lo más inofensivo para el enfermo, para las familias y para la sociedad.

7. El celo de las autoridades, señaladamente de las municipales, nunca será excesivo en las medidas directas e indirectas que adoptaren contra el alcoholismo, factor el más

Campaña educativa.

Campaña educativa.

importante para el desorrollo de la tuberculosis.

Terminada la lectura y aprobación de las conclusiones, procedió el Congreso a designar la población donde habría de llevarse a cabo la próxima Asamblea Internacional, y fué acuerdo elegir a Madrid para sede del Congreso que tendrá lugar en el año 1915.

Se confirió la Presidencia al doctor Espina Capo y la Secretaría al Dr. Ortega Morejón, personalidades ambas de gran relieve en la lucha anti-tuberculosa en España y que ocupan en el mundo científico un puesto de honor indiscutible.

LA REPRESENTACION DE PUERTO RICO EN EL CONGRESO
ANTI TUBERCULOSIS DE SAN SEBASTIAN ESPAÑA.

Acompañando al diploma de Honor concedido a la Isla de Puerto Rico, por el Comité Ejecutivo del Segundo Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en San Sebastián, ha recibido el Hon. Gobernador una comunicación del Dr. D. Ramón Castañeda, Presidente de dicho Congreso, que se refiere a nuestro Representante y amigo el Dr. P. Gutiérrez Igaravidez.

La comunicación recibida dice lo siguiente:

"Excmo. señor:

Tengo el honor de poner en conocimiento de V. E. que el Doctor don Pedro Gutiérrez Igaravidez, representante enviado por 'El Pueblo de Puerto Rico' a éste Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en ésta ciudad del 9 al 16 de septiembre último, cumplió a completa satisfacción su cometido, demostrando inteligencia, celo y competencia, dignas de todo elogio.

Dios guarde a V. E. muchos años.
San Sebastián, 18 de abril de 1913.

El Presidente,
(Firmado) *Ramón Castañeda.*"

Excmo. Sr. y Honorable Gobernador de la Isla de Puerto Rico:

Nuestro compañero, el doctor Gutiérrez Igaravidez, ha recibido también el diploma de Honor que le fué concedido por la Memoria que representara a dicho Congreso.

CLINICA DE PARTOS, COMENTARIOS
Por el Dr. Velez Lopez
PRIMER CASO.

A las 10 de la noche, hallándome en el teatro, se acercó á mí un compañero solicitando mi ayuda para un caso de parto que el juzgaba peligroso y difícil, saliendo del teatro acompañados también del Dr. M. Figueroa.

Llegamos á casa de la paciente: Interrogamos, enterándosenos que desde hacía dos meses se presentaron fenómenos hemorrágicos acompañados por dolores más ó menos acentuados. La paciente se encontraba en los momentos de la visita en su noveno mes de embarazo. Que consultó con un facultativo hoy difunto, y le prescribió unas gotas hemostáticas.

Se practica un reconocimiento y se observa: 1o., reducción de los diámetros antero posterior y transversal y la presentación de una masa blanda algo rugosa en ciertos puntos; había la paciente sufrido ya varias horas

antes una hemorragia copiosa y este fenómeno hemorrágico tuvo lugar bién el día anterior. Después de extraída la mano con que practicaba el reconocimiento, durante el cual pude presumir se trataba de placenta previa, acerqué los dedos á la nariz notando un olor de descomposición. La temperatura de la paciente era de 38'6 grados centigrados.

El caso como puede verse no era para perder tiempo: Placenta previa; descomposición pútrida; estrechez pélvica.

Se procedió primero á la versión pasando á través de la placenta. Se había intentado antes de decolarla, pero en vista de la presentación de una cantidad de sangre y su gran extensión se optó por lo primero. Una vez verificada la versión con grandes esfuerzos y dificultad por lo reducido de la pelvis, se procedió á la cefalo tripsia. Esta, la practicó el Dr. Figueroa con el instrumento de Tarnier pero al terminar nuestro trabajo fallecía una joven de 17 años , robusta, causando en todos una profunda impresión de pena.

SEGUNDO CASO

Una pobre mujer en cinta se presentó en mi consultorio para que la examinara. Ella temía *hallarse hidrópica,* según dijo y quería le recetase.

Procedí al exámen del vientre por la palpación, percusión y auscultación y practiqué el tacto vaginal, observando: que no había derrame alguno en el abdómen: había sí un gran aumento de volúmen que por la palpación y auscultación se pudo determinar la existencia de dos fetos, y que el embarazo llegaba á su término por el estado del cuello y secreciones y la presentación cefálica que tacté.

Había un marcado edema de las extremidades inferiores, y de los párpados, y la paciente se quejaba de sentir nauseas, pequeña fatiga, como si estuviere cansada.

Examiné una porción de su orina sometiéndola á la prueba de la albumina por ácido nítrico y el calor obteniendo un resultado positivo. Sometí á la enferma á un régimen lácteo y le prescribí alcalínos y tónicos previniéndole del peligro en que se vería si continuaban los fenómenos que explicaba y ofreciéndole mis servicios.

Se marchó la paciente á su casa (San José 41, cobacha), y á los ocho ó diez días tuve que verle en su casa por haber sufrido una fatiga y un síncope, según me dijeron. Pensé que todo ese fenómeno no fuese otra cosa que un verdadero estado de intoxicación, y ordené su traslado al Hospital Santa Rosa.

Por la tarde, después de haber provocado el parto por medio de simple taponamiento y un tallo de laminaria en el cuello, verifiqué la versión extrayendo por esta maniobra dos fetos. La enferma fué sometida á los baños de 40 grados, sudación por fricciones, dieta lactea y enemas de cloral, obteniéndose su curación.

TERCER CASO

Una embarazada de nueve meses, de cierta posición desahogada, fué asistida por mí á instancia de su es-

poso. La paciente, al yo desear conocer el estado del utero y pelvis se resistía con cierta desconfianza, pero en vista de las frases que le dirigí que no dejaban lugar á dudas para ella, consintió y logré, aunque de una manera incompleta darme cuenta de que el parto iba á tardar. Lo comuniqué al marido y por la tarde volví á efectuar el exámen observando que no había dilatado apenas el cuello. Me retiré y volví á las 10 de la noche: los dolores eran raros; la paciente estaba tranquila y recomendé á la comadrona aplicase cada 4 horas una irrigación de agua boricada á la temperatura de 37 grados.

Pedí antecedentes de partos anteriores y supe por el marido que había tenido que ser operada en sus dos partos anteriores no lográndose ningún feto. Ante el temor de una deformidad pélvica quise darme plena cuenta del estado de aquella pelvis y demandé el concurso de otro compañero para someter la paciente á la narcosis clorofórmica, toda vez que en plena conciencia y por movimientos voluntarios de ella que trataba de contraerse al practicar el tacto anteriormente, no me hubiera sido posible.

Aquí el marido me manifestó que él desearía que otros médicos le vieran, pero había quedado mal con los que la asistieron en el último parto y que si yo estimaba que podía aplicar el cloroformo yo mismo, estaría satisfecho.

Apliqué unos diez gramos de cloroformo Adrian y después exploré notando una reducción bastante acentuada del diámetro antero posterior. Me marché después de advertir al marido que era de toda necesidad el concurso de un compañero y fuí á mi casa á las 11 de la noche. Volví á las 12 y aun no había llegado el marido. La una de la madrugada daba cuando volvió diciendo que no encontraba á ningún médico. Le cité á varios , y viendo que el caso era apurado y tenía que resolverse enseguida, tomé la determinación de escribir unas líneas al doctor Muñoz, el cual llegó enseguida.

Preparado todo lo necesario y anestesiada la enferma, el doctor Muñoz comprueba la anomalía y á pesar de invitarle á proceder no quiso hacerlo. De acuerdo en la práctica de la versión y extración de la cabeza por forcenps ó maniobras combinadas realicé la primera con cierta dificultad por la rigidez (á pesar del narcotismo) de las partes blandas. Dada la situación de la cabeza sobre el estrecho superior y después de varias tentativas de extracción manual, pude, llevando ó conduciendo la cabeza sobre el díametro oblicuo derecho, y un movimiento de torsión del cuerpo del feto de izquierda á derecha, obtener la expulsión completa de la cabeza sin producción de rasgudura alguna de la madre y el feto. Este, una hermosa niña, cuyo retrato poseo, tuvo que sufrir la asfixia en el curso de las maniobras.

En este caso, á las 10 días se levantaba ya la paciente.

CUARTO CASO.

Solicitado para asistir á una señora embarazada de nueve meses, con albuminuria y ataques de eclampsia de forma grave.

Reunidos varios compañeros fué opinión como consecuencia del estado de la enferma provocar el parto. Este habíase ya iniciado en el momento en que se practicaba un reconocimiento por el cual se vino en conocimiento de una mala configuración de la pelvis. Esta consistía en el aplanamiento lateral, reducción incompleta de los diámetros; pero dada la edad de la parturienta, 48 años, y su constitución fuerte y musculosa, el parto no podía verificarse por rigidez de los elementos blandos y ligamentosos. En vista de esa contrariedad se propone, como única solución, la operación cesarea. Ella hubiera resuelto el problema, pues el feto vivía á pesar de los repetidos ataques de eclampsia.

Sin embargo, se solicitó la voluntad del marido, quien contestó que quería que se salvase la madre. En este caso no era posible la salvación de la madre.

Cediendo, pues, á los deseos del marido, se extrajo el feto, por cefalotripsia y el mismo día, por la tarde, falleció la madre.

COMENTARIOS.

Se ha generalizado de tal manera la costumbre de no requerir al médico para el exámen de toda mujer embarazada confiándose en la Providencia de un modo exagerado y esperando que ella resuelva en los accidentes que á menudo suelen presentarse.

Se dice por nuestras mujeres ancianas que antiguamente no se necesitaba del médico para los casos de parto y aunque en cierto sentido tienen razón, sin embargo, en aquellos tiempos se presentaban también casos anómalos aunque con menos frecuencia y menor número. Es indudable que existen muchos males debidos á la civilización y dentro de ésta hanse desarrollado costumbres, hábitos, vicios, etc., etc., que han de influir de una manera perjudicial sobre los organismos, observándose constituciones empobrecidas por la anemia, herencias sifilítica, tuberculosa, cancerosa, alcohólica, etc., y así vemos á jóvenes enfermos contraer matrimonio de los cuales sobreviene una prole enfermiza, raquítica é incapaz de mejorar jamás la raza.

Todas son causas que reunidas cospiran contra la salud del cuerpo y del alma, y conducen á la degeneración física y moral.

Y sucede que, una mujer embarazada, pobre ó rica, está sometida en ese estado y durante todo el curso del mismo, á consejos de gente ignorante que son consultadas constantemente, según se noten tales ó cuales novedades.

Y llega el momento de librar, y la pobre paciente, nada instruida en lo que es y significa esa función generativa, se encuentra entonces llena de dudas, de temores, de impaciencias que pueden determinar en su organismo trastornos de peligrosas conse-

cuencias. Y viene á su mente después de agotadas sus fuerzas físicas por solicitación de actos imprudentes y nada eficaces, el recuerdo del médico en el que depositan todas sus esperanzas . Y menos mal, si se trata de un caso ordinario, de un parto normal: que si se llega á tener la insuerte de tener frente á frente un problema grave, entonces, el infeliz médico, apremiado por la parturienta y bajo las garras del qué dirán, pues sólo observa á su alrededor la impaciencia de unos rostros que nada le dicen que sirva para sentir la confianza que pueda él inspirar sino que con su gravedad precipítanle y exígenle que se termine pronto aquella situación... Cuando lo justo, lo correcto, lo racional hubiera sido tener conocimientos de las condiciones favorablez ó no, para el acto del parto, y poder prevenir de antemano trastornos peligrosos graves ó mortales que *á última hora es imposible remediar.*

Podíamos llegar á conseguir que nuestra responsabilidad fuese menor, ó de un todo rechazada cuando se nos requiera para trabajar en tales circunstancias. Así también, debemos hacer conocer del público por los medios apropiados para ello, las posibles graves situaciones de la mujer que no reuna las condiciones que son requeridas para poderse realizar un parto feliz, así como las contingencias graves que pueden presentarse durante el embarazo, en el parto y después del mismo, por no haberse contado con el médico; por no juzgarse necesarios sus consejos, útiles sus observaciones, ni eficaz su intervención en momentos críticos como el de la cuarta observación presentada.

Y he de decir aquí algunas palabras acerca de la cuestión social. ¿Qué es la cuestión social? En la práctica de un arte científico como el que el médico ejerce, no concibo, por más que me llamo á pensar sobre ello la tan decantada cuestión social. Mas que una medida ó serie de medidas prudentes, aconsejadas por la prudencia, como yo he llegado á comprenderla, no es otra cosa que una preocupación del médico que sin cesar la siente en el grado más alto. Acepto, si, la prudencia en todos los actos: esto es una garantía de actos que debamos y podamos realizar: es un deber de todo médico igualmente que de todo ciudadano que desempeñe funciones político-sociales, saber conducirse correctamente sin faltar á sus obligaciones como tal; conocer perfectamente el mecanismo de su profesión, la técnica de su arte. Pero entiendo que dentro de la esfera de sus funciones él solo debe y puede desenvolverse realizando los actos, y tomando las determinaciones que *sólo él* puede juzgar útiles y necesarias. Jamás, creo, ó entiendo, que esté facultado para detenerse en sus apreciaciones ó realización de actos si él los entiende y con él otros profesionales, necesarios y útiles. Adoptando esa posición de conducta, obrando, ó ejecutando, según se presenten las circunstancias, no llegará el médico á obtener la libertad de acción necesaria á que está obligado, en momentos graves lo mismo que en los casos simples

y sin ninguna importancia. Llegaríamos por este camino á tener que confesar que no servimos para nada, si no nos ejercitamos en la resolución valiente de casos desgraciadamente graves por los que nadie pueda exigirnos responsabilidad alguna.

Que en esos instantes de verdadera incertidumbre, de dudoso éxito, de triste realidad, nos encontremos serenos, en plena conciencia de los acontecimientos, que van á desenvolverse ó están desarrollándose; que sintamos sí, hondamente la desgracia, pero experimentemos la satisfacción de haber puesto los medios para prevenir ó remediar.

Existen muchos tocológicos en Europa y América que se niegan, ó mejor dicho, se abstienen de asistir parturientas que no hubieran sido reconocidas antes del séptimo mes del embarazo, y yo reconozco que esa conducta es muy conveniente y debiéramos adoptarla para beneficio de las pobres mujeres y garantía profesional.

En general, todos lo sabemos, que en este pais no se consulta en todos los casos. Miles y miles de enfermos conllevan sus afecciones, ó bien, hasta que otra persona, demostrando más interés que el enfermo mismo, le *sugiere* la idea de exponer á un médico sus males, ó bien llegan éstos á adquirir un carácter de intensidad mayor y entonces, que venga el médico.

El médico que, dadas las modernas ideas es esencialmente higienista, pues el objeto de la medicina es conocer la enfermedad para combatirla previniéndola; el médico que, encargado como tal de dirigir la salud de una familia tiene sobre sí el deber de estudiar los organismos descubriendo los transtornos que se estén efectuando así como dictar reglas para evitar toda clase de infecciones, el médico, repito, es llamado después, cuando hay que remediar males irremediables la gran mayoría de las veces.

Y ante una lesión orgánica cualquiera, al médico que pone los medios propios para moderar sus efectos, se le exige la curación de aquella enfermedad haciéndosele responsable hasta de la vida del paciente como si él tuviese el gran poder de hacer milagros.

Creo que me he desviado un tanto de la cuestión principal, pero no está demás haber llegado á generalizar y reconocer un mal extendido á todos los ramos del arte de curar. No me explico claramente. Quiero decir, que, dado el estado de opinión general, no desempeñamos actualmente la verdadera misión á que el médico está llamado, de dirigir la salud pública; de intervenir como sus mejores guardianes en distintos asuntos relacionados con la higiene tanto pública como privada, y sin razón alguna para ello, estamos sometidos *á esa opinión general* y permanecemos indiferentes y no levantamos nuestra voz y constituyendo un verdadero cuerpo ó grupo social no imponemos ideas de distintos órdenes que han de ser provechosas para todos, mientras otros elementos y hasta la masa general se dicta sus reglas ó leyes que funda en una apreciación erronea cuando no como en la generalidad de los casos en su conveniencia particular.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
de Puerto Rico.

Abril y Mayo 1913.

EDITORIALES

MENS SANA

Las Ciencias médicas, como todo conocimiento que constituya un cuerpo de doctrina y solo pueden ser entendidas ó apreciadas por aquellos que han dedicado todos sus esfuerzos al estudio de las mismas, necesitan para su desenvolvimiento ó progresivo adelanto en el campo de la esperimentación, que hoy marca su característica, necesitan, repetimos, de ambiente propio; de condiciones favorables que ayuden á su progreso y no se opongan á su marcha natural hacia la adquisición de ideas nuevas ó de procedimientos sencillos que faciliten la comprensión de los problemas ó temas que constituyen la razón de su existencia.

La ciencia médica que desde los tiempos más remotos se ejrció como un verdadero sacerdocio, débese, aún hoy mismo, apesar de la influencia de las ideas positivas, continuar ejerciéndose como tal sacerdocio, pues aparte del lucro que de ella pueda sacarse, nadie, en absoluto, podrá quitarle el carácter de misión redentora dentro de la sociedad por la positiva influencia que tiene ó puede tener si se quiere, sobre las costumbres, hábitos y sentimientos de un pueblo, modificándolos para que los actos múltiples que él realice, converjan á una finalidad útil, ó sea, al bienestar común.

La salud del cuerpo es la base sobre la que hay que levantar los sentimientos, y al médico está confiada esa salud preciosa del hombre, que tiene que defender, previniéndola de ataques que la perturben. ¡Alta misión; verdadero sacerdocio instituido por emanación natural de un sentimiento de humanidad que brotara espontáneo del corazón de los hombres, como naciera en él, de religión que dirije la mente hacia la concepción sublime de una finalidad de eterna dicha y venturas infinitas!

Aquel ambiente que debe ser propicio á toda idea de progreso y adelanto de la ciencia en general, debemos fomentarlo nosotros mismos, disponiéndonos á crear la atmósfera en que hemos de vivir, y de la que hemos de tomar el elemento vital que ha de ser pábulo de la existencia de nuestro cuerpo físico y moral y á ese fin llegaremos por el concurso de cada uno, aportando ideas, realizando actos puros de noble intención, inspirándonos mutua confianza; sintiendo una irresistible atracción hacia el compañero por la elevación de su mente y gerarquía de sentimientos y poder experimentar un verdadero orgullo en llamarnos: *médico*, porque esta palabra encierre un perfecto concepto de bondad; de integridad moral; de valor íntegro ciudadano; de efectiva seriedad y llegue á infundir el mayor respeto á la sociedad en que nos desenvolvemos.

CRUZADA CONTRA EL CANCER.

En el último Congreso de Cirujanos de Norte América celebrado en la ciudad de New York, se aprobaron después de cuidadoso estudio, las bases para hacer una cruzada contra el cancer, principalmente, el cancer uterino.

Nosotros aquí en Puerto Rico, debemos secundar ese trabajo. Si observamos las muchas víctimas, que sucumben por esta dolencia, veremos que ha llegado el momento de que la profesión médica que está encargada de velar por la salud pública, debe tomar con energía y entusiasmo la propaganda para educar á las mujeres á conocer los primeros síntomas de tan terrible dolencia.

En diferentes ocasiones se han estudiado los medios para que el médico tenga una idea clara de los resultados que sobrevienen de tratar un caso de cancer quirúrgicamente cuando ya no hay éxito en la operación, pero todo lo que se ha hecho, ha sido sin resultado, no por negligencia del médico, sino de la paciente que vá á verse con el médico, unos días antes de que éste refiera el caso al cirujano.

La Asociación Médica está en el deber de llevar á cabo un plan de campaña para enseñar al pueblo, los grandes males que se originan con no llevar á examen del médico cualquier síntoma que sea peculiar á las enfermedades de la mujer. Ya en los Estados Unidos se ha dado principio á esta labor profiláctica, y vemos á menudo, como la prensa diaria, los magazines ilustrados y otras revistas literarias, imponen al pueblo de los estragos del cancer y de los medios que se pueden llevar á la práctica para evitar el desarrollo total del cancer uterino, que en la mayoría de los casos vienen á ser vistos por el médico cuando ya no hay medio de curación por su tratamiento quirúrgico.

Estamos seguros de que la Asociación Médica tomará con entusiasmo esta labor de orden médico social y que será para bien del pueblo en general.

NOTAS TERAPEUTICAS.

TRATAMIENTO DE LAS GASTROENTERITIS AG: DE LOS NIÑOS.

(*Continuación*)

Debemos comenzar diciendo que todo cuanto podamos hacer para evitar esos estados patológicos en los niños de pecho, sería beneficioso, puesto que representa una medida higiénica; y sobre las prácticas de esta se asienta firme *la profilaxia* de las afecciones del aparato gastro intestinal de los niños.

La alimentación natural del niño debe ser la lactancia materna. Esto es una verdad que se comprueba cada día por el médico que tiene la oportunidad de asistir á esos pobres enfermitos y á pesar de esa gran verdad, presenciamos todos los días cómo un número crecido de niños mueren porque no se les proporciona la alimentación que requieren. La alimentación artificial requiere grandes cuidados; exige una atención, que está muy lejos de obtenerse porque un cúmulo

de circunstancias reunidas amenazan sin cesar la salud de toda una comunidad y principalmente de los inocentes niños.

El médico puede comenzar una gran obra por medio de sus recomendaciones á las madres á quienes instruirá acerca del mejor modo de alimentar al niño recien nacido y dictará todas las reglas de higiene que han de evitar el desarrollo de los trastornos gastro intestinales en la primera infancia.

Ante un enfermito que padece, y presenta los trastornos que pueden conducirle á la muerte, y de los que nos estamos ocupando, la dieta ó régimen alimenticio debe constituir la base del tratamiento. A ser posible debe instituirse la lactancia natural y si no fuese posible, la mercenaria; siempre convendrá se practique un análisis de la leche de la nodriza que se haya elejido y si ella reune las condiciones apetecibles, podrá autorizarse la lactancia. Si esto no se puede conseguir habrá necesidad de acudir á otros medios artificiales, administrando al niño leche de vaca ó de otra clase como la de burra ó la que la industria prepara, y si se pudiera obtener la preparación de la leche en un laboratorio donde pudieran enviarse fórmulas para ser despachadas según los casos lo exigieran, fuera un gran recurso este medio para estar seguros de que la alimentación del niño estaba garantizada.

En cuanto á la alimentación en los casos graves de gastro enteritis la dieta hídrica se impone. Es necesario no añadir combustible al fuego; es preciso disminuir las fermentaciones del intestino y con la dieta hídrica, podemos lograrlo ayudándonos con la balneación caliente á 35.º los lavados intestinales con solución salina normal, caliente o fría, según se trate de combatir la hipertermia ó la algidez. De esta manera se combate el estado tóxico pudiendo también echar mano de tisanas de té con algunas gotas de brandi y hasta usar el aceite acanforado hipodermicamente á dósis prudentes.

En el curso de la enfermedad; cuando ya han cedido los fenómenos infecciosos y se establece cierto grado de tono general el uso del suero ó leche cortada será útil así como la decocción de cereales que todo médico conoce actualmente como se prepara, haciendo que la alimentación del niño se realize por grados aumentando la cantidad y la calidad del alimento hasta obtener la dieta normal.

Insistimos en la necesidad de que *el médico* se tome el mayor interés por la instrucción de las madres; también es preciso que se persigan los fraudes que se cometen diariamente vendiendo leche adulterada ó leche mezclada con agua, ó harinas etc., sin cuyas medidas será imposible que nos opongamos á la mortalidad infantil.

TRATAMIENTO DE LAS BRONQUITIS EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ.

En la obra recientemente publicada por el Dr. G. A. Sutherland, dice este autor que el paciente debe guardar cama durante el estado pirético y agudo y usar una dieta de líquidos. Puede usar libremente be-

bidas demulcentes calientes. Si la tos es seca, las inhalaciones de vapores calientes aliviarán mucho. Si la secreción de mocos es muy abundante, entonces estas inhalaciones de vapores están indicadas. Si se prescriben, no deben inhalarse continuamente; serán empleadas por quince minutos, cada dos horas. Si hay disnea, resultante del espasmo de los tubos bronquiales, la aplicación de fomentos calientes en la espalda y sobre el pecho producen a menudo mucho alivio; a estos fomentos calientes pueden añadírsele 4 gramos de trementina. Si los fomentos son sencillos, deben aplicarse continuamente por una hora y después a regulares intervalos. En casos muy ligeros de bronquitis será suficiente aplicar sobre el pecho dos o tres veces al día un linimento estimulante como el siguiente:

Aceite de trementina, 30 gramos.

Aceite de belladona, 10 gramos.

Aceite de almendras dulces, 20 gramos.

Al principio del ataque debe darse un laxante. Se dará por la noche una papeleta compuesta de:

Ruibarbo en polvos, 3 gramos.

Polvos gris, 2 gramos.

Carbonato de magnesia, 2 gramos.

Seguido en la mañana siguiente por 4 gramos de sulfato sodio o magnesia. Después de esto se ordenará la siguiente mixtura febrifuga:

Licor de acetrato de amoniaco, 15 gotas.

Citrato de potasa, 5 granos.

Tintura de corteza de naranja, 5 gotas.

Agua alcanforada, 4 gramos.

En cuanto a las mixturas contra la tos, el autor señala que muchas de ellas tienden a perturbar la digestión del niño.

Al principio de la bronquitis, cuando la secreción es escasa y una tos molesta e irritante pudiera asociarse con catarro seco de los tubos bronquiales, pudiera añadírsele a la mixtura indicada antes 1|2 grano de carbonato de amoniaco y dos granos de yoduro de potasa; también pueden darse separadamente por tanto tiempo como sea necesario. Solamente cuando la secreción es muy abundante se hace necesario intervenir para disminuirla, dando cada cuatro o seis horas una cucharadita de lo siguiente:

Tintura de belladona, 4 gotas.

Acido nitro hidroclórico diluído, 3 gotas.

Glicerina, 10 gotas, y

Infusión de genciana compuesta, 4 gramos.

Cuando el enfermo está muy molesto con una tos persistente, debe examinársele la naso-faringe y garganta por si hubiera signos de irritación que puedan mejorarse por una loción nasal. Si el sueño por la noche no puede realizarse o hay intranquilidad, puede aliviarse administrando cinco o diez gotas de elixir paregórico de vez en cuando. Si se cree necesario apelar a los sedantes, un modo conveniente de administración a los niños, consiste en el uso de pastillas que contengan 1|50 de granos de morfina o codeina. Cuando llegue a la convalecen-

cia el enfermo, debe tomar una cantidad suficiente de grasa animal; una combinación de aceite de hígado de bacalao y de glicerofosfatos dá buenos resultados para volver su condición fisiológica a los tubos bronquiales.

EL ENGAÑO DEL TRATAMIENTO POR LOS HIPOFOSFITOS.

Los Hipofosfitos comenzaron a usarse por el año 1855, y desde entonces se han usado más o menos en las enfermedades que determinan una pérdida de la nutrición. Fueron recomendados especialmente en la tuberculosis pulmonar con la creencia de que el fósforo tenía un valor especial en esta enfermedad y que el hipofosfito era la mejor forma para administrar el elemento fósforo.

El fósforo ha sido por largo tiempo conocido como un estimulante en ciertas formas de nutrición y los fosfatos también tuvieron crédito de poseer virtudes terapéuticas. En la tuberculosis, sin embargo, los hipofosfitos han sido considerados como específicos. ¿Cuáles son las razones para esta opinión?

Esta acción no puede atribuirse al sodio, potasio o magnesia con los cuales los hipofosfitos están combinados, porque otras sales de esas bases no están consideradas con efectos específicos similares. Tampoco pueden considerarse como nutritivos, porque el alimento ordinario contiene bastante cantidad de estas bases. Tampoco es necesario discutir el valor del hipofosfito de hierro y de manganeso, porque el hierro puede obtenerse por otros medios mucho mejores y administrarse en formas mucho mejores; y en cuanto al manganeso no es, con toda probabilidad necesario al organismo.

En el tratamiento de la tuberculosis pulmonal discutiremos el preparado más valioso de los hipofosfitos, cual es el hipofosfito de calcio que tiene la fórmula Ca. (H2 PO2).

Como el calcio que este preparado contiene puede administrarse en otras formas, más prontamente, y quizás más agradablemente, la cuestión es en lo que se convierte la combinación de esta sal en el cuerpo. Desgraciadamente para los que creen en el tratamiento por los hipofosfitos, no hay en absoluto datos científicos de ninguna clase que demuestren que los hipofosfitos tienen un valor específico en el sistema. Se ha demostrado que ellos se oxidan para convertirse en fosfatos, substancias que son de valor al organismo y que deben evidentemente obtenerse de algún alimento o de alguna otra droga, aun cuando los hipofosfitos sean administrados. Lo mismo se ha demostrado que los hipofosfitos pueden recobrarse casi completamente de la orina sin cambio ninguno. Después de llegar al estómago se absorven por los intestinos, pasan al través del hígado sin cambio especial, excepto posiblemente una pequeña cantidad de hierro de la combinación ferruginosa, y pasan entonces al través de los

riñones sin haber hecho nada para la nutrición del organismo.

Si se administra una sal de quinina o estricnina con los hipofosfitos se podrá conseguir algún efecto tónico, amargo y alguna acción estimulante general, pero esto no tiene nada absolutamente que ver con la cuestión del valor de los hipofosfitos.

Hemos manifestado y fácilmente demostrado que el calcio puede administrarse y ser recibido en el sistema por otros medios que por las más o menos desagradables preparaciones de hipofosfitos. Si es una cuestión del valor del elemento fósforo en el hipofosfito, por conveniencia del argumento, y como deferencia a la creencia de aquello que encuentra algún valor específico en el hipofosfito, puede manifestarse que cerca de 3|7 del peso de la combinación molecular del hipofosfito de calcio es fósforo. Esto significa, que si el hipofosfito de calcio se desdoblase u oxidase en otras combinaciones alrededor de 4 centígramos de cada 10, sería fósforo aprovechable para la formación de fosfatos o nucleo-proteina.

Una persona recibe aproximadamente 1 por 100 de fósforo aprovechable en cada huevo que se come. Recibe alrededor de 1 por 100 de caseina; en otras palabras, en cada 100 gramos de caseina recibirá un gramo de fósforo para la formación de fosfatos nucleo-proteina y lecitinas. Recibirá 30 centígramos de dicho fósforo aprovechable en un cuartillo de leche en adición a una provisión liberal de fósforo adicional en forma de fosfato inorgánico. Alrededor de 1|8 de un queso de crema ordinario es compuesto de fósforo. Diciéndolo de otra manera, un vaso de leche será igual a 10 gramos de caseina, y siendo fósforo 1 por 100 de la caseina, resultaría igual a 10 centígramos de fósforo como alimento. La octava parte de una libra de un queso de crema ordinario corriente contiene alrededor de 10 centígramos de fósforo aprovechable. La yema de un huevo de tamaño mediano, contendrá de 8 a 10 centígramos de dicho fósforo. Por consiguiente, no puede haber razón para administrar un hipofosfito dudoso con el fin de dar fósforo a un enfermo.

Los tejidos nerviosos son ricos en lecitina, la cual contiene fósforo y las varias nucleo-proteinas del cuerpo contienen fósforos asi mismo. Por consiguiente, no es posible que los tejidos durante la vida carezcan de fósforo, a menos que muchos de los alimentos ordinarios, dejen de dársele al paciente. Aun el valor del calcio, en la forma de tal substancia como hipofosfito de calcio es negativo para el proceso de curación tuberculosa, puesto que el calcio para ese propósito proviene de los regulares constituyentes del calcio de la sangre y apenas puede esperarse que provenga de la combinación de hipofosfitos, la cual se ha probado no se desdobla u oxida en el cuerpo.

Podemos llegar a una conclusión, por consiguiente, que los hipofosfitos no tienen en absoluto valor nin-

guno como un origen de fósforo para el organismo. Esto no excluye la posibilidad en que dichos hipofosfitos pueden ejercer alguna acción directa, propia de ellos en el curso de la enfermedad. Hay alguna evidencia clínica en su favor, pero es digno de notarse que muy poca venga de hospitales donde cuidadosas observaciones se hayan practicado. Aun estas opiniones clínicas favorables, no pasan más allá de una mejoría subjetiva, asunto que es de muy poco valor científico en la tuberculosis.

Aunque la evidencia crítica en favor de los hipofosfitos es muy poca, ellos son inícuos por sí mismos. Su principal peligro consiste en entusiasmar al pobre tísico para que busque su salvación en drogas y en patentizados en vez de buscarla en medidas higiénicas, que han demostrado ser el tratamiento que tiene más éxito. Este peligro de administrar medicinas se demuestra más claramente por las combinaciones absurdas y nada científicas en las cuales se prefieren los hipofosfitos.

La Farmacopea, reconoce los hipofosfitos de calcio, de hierro, de manganeso, de potasio, de sodio, el jarabe de hipofosfitos y la emulsión de aceite de hígado de bacalao con hipofosfitos. El formulario nacional reconoce el elixir de hipofosfitos de calcio, la solución de hipofosfitos, la solución compuesta de hipofosfitos de calcio y el jarabe de hipofosfitos de calcio y sodio.

Todas estas preparaciones, reconocidas por la Farmacopea y formulario nacional, pudieran ser borradas de estos libros oficiales sin que la humanidad sufriera pérdida alguna.

El jarabe de hipofosfitos de la Farmacopea de los Estados Unidos, contiene hipofosfitos de calcio, de potasio, de sodio, ácido hipofosforoso diluído, tintura de corteza de limón fresco y agua.

Como el ácido hipofosforoso no tiene valor conocido ninguno, todos y cada uno de los ingredientes de esta mixtura, podrían eliminarse, excepto el posible valor del hipofosfito de calcio, y desechar, por consiguiente, la mixtura completa. En cuanto al hipofosfito de calcio, como se acaba de manifestar, no hay ningún valor conocido químico o fisiológico de esta sal y tanto el fósforo como el calcio, pueden mejor ser administrados por los alimentos ordinarios.

El jarabe compuesto de hipofosfitos, contiene hipofosfito de calcio, de potasio, de sodio, de hierro, de manganeso, quinina, estricnina, nitrato de sodio, ácido hipofosforoso diluído, azúcar y agua.

Esta mixtura múltiple es un descrédito para cualquier libro moderno, y tenemos esperanzas que este descrédito no se perpetúe en la nueva Farmacopea. Como ya hemos manifestado, el hierro, la quinina, la estricnina pueden administrarse, si fuese necesario, en otras mejores formas. No debe haber excusa para perpetuar este jarabe en la Farmacopea, y es de esperarse que no aparecerá más dicha preparación en

este libro, ni veremos usarla más con un valor terapéutico.

No hay necesidad de nombrar los muchos patentizados que explotan los hipofosfitos como tratamiento para la falta de nutrición o común antídoto para el proceso tuberculoso. Siempre que administremos estas preparaciones de hipofosfitos, estamos perpetuando un mito, estamos dando algo que nosotros mismos sabemos que no tiene ningún valor científico, ni tampoco un valor clínico (excepto en cuanto a que la combinación puede contener tónicos), y que tampoco tiene alimento o valor nutritivo ninguno que pueda competir con leche, huevos o queso. Cuando nosotros ordenamos tales preparaciones, especialmente cuando se trata de patentizados caros, estamos insultándonos a nosotros mismos.

NOTAS DE LA ASOCIACION.

SOCIEDADES BENÉFICAS

INFORME DEL COMITÉ.

El día 27 de Marzo de 1913, la Asociación Médica de Puerto Rico celebró una reunión extraordinaria para la cual fueron citados todos los médicos residentes en San Juan, miembros y no miembros de esta Asociación. El asunto que había de tratarse era la regularización de las sociedades benéficas ó de socorro mutuo. Asistieron diez y nueve médicos, todos ellos miembros de la Asociación. Esta reunión constituye el primer paso en el cumplimiento de los deberes que tiene la Asociación de velar por el bien material de sus asociados. Hubieron tantas y tan distintas opiniones sobre el asunto, que fué necesario el nombramiento de un comité compuesto de cuatro miembros de la Asociación para estudiarlo y hacer un informe.

El día 19 de Abril se celebró la segunda reunión con el mismo objeto que la del 27 de Marzo. El comité presentó su informe, el cual, después de larga discusión, fué aceptado como sigue:

A la Asociación Médica de Puerto Rico.

El comité constituido por los médicos que suscriben, nombrado para hacer un estudio de la organización de las sociedades benéficas en sus relaciones de daño y perjuicio para el ejercicio libre de la profesión médica, después de discusión detenida, tiene el honor de informar que procede recomendar á la Asociación Médica que adopte las conclusiones siguientes:

Primera.—Las juntas directivas de todas las sociedades benéficas domiciliadas en San Juan que tienen establecido servicio médico á domicilio para sus socios mediante un estipendio mensual, y que requieren para la admisión de sus socios un previo reconocimiento médico y dictamen de buena salud, prestarían un buen servicio á la clase médica limitando la admisión de socios á aquellas personas cuya posición económica al ingresar en la sociedad no les permita pagar servicios médicos.

Segunda.—Que á los fines de la pe-

tición formulada en la conclusión primera, La Asociación Médica de Puerto Rico *no reconoce* como asociación de fines benéficos á ninguna sociedad que no esté gobernada por una junta ú otro organismo elegido de tiempo en tiempo por los mismos miembros y en las que las funciones del médico no estén limitadas *meramente* á los servicios profesionales.

Tercera.—La Asociación declara que cualquier médico cirujano puede establecer una *CLINICA* privada sin menoscabo de la moral médica, siempre que *no* lo haga bajo un sistema de "iguala".

Cuarta.—La Asociación así mismo declara, en beneficio de las sociedades de *pobres* y del trabajo del médico, que ningún facultativo deberá tener bajo su cuidado profesional á más de quinientas personas, por lo que hace al contingente de enfermos que dicho número de personas haya de proporcionar ordinariamente.

Quinta.—Que el médico que como tal preste servicios á una de las asociaciones á que antes se hace referencia, no deberá recibir como remuneración de su trabajo menos del 20 por ciento del ingreso total por cuotas mensuales.

Sexta.—La Asociación aplaudirá que los asociados que tienen á su cargo servicios médicos en sociedades benéficas, coadyuven al cumplimiento de estas conclusiones.

Séptima.—Que estas conclusiones deberán ser trasmitidas á las juntas directivas de las asociaciones benéficas que con el nombre de sociedades de socorros mutuos funcionan en San Juan, con el fin de que cooperen á los propósitos que se procuran en las conclusiones antecedentes. Dr. J. G. Brioso. Dr. J. W. Carbonell. Dr. J. del Toro.

SOCIEDADES DE DISTRITO.

La Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico, después de dos tentativas inútiles para organizar la sociedad del distrito de San Juan,, resolvió llevar á cabo las elecciones de sus funcionarios por medio de un referendum. Dicho procedimiento dió mejor resultado que las citaciones hechas para hacer las elecciones directamente y por medio de papeletas en la misma sesión. No hubo interés alguno para concurrir á las juntas, pero una mayoría del distrito votó en las papeletas que fueron enviadas á cada uno de los miembros. El mismo procedimiento se siguió para organizar las demás sociedades de distrito, no queriendo demostrar en manera alguna el que no hubiera entusiasmo en ellos, sino haciéndolo meramente con el objeto de facilitar el trabajo de las elecciones de los funcionarios en los diferentes distritos, los cuales, una vez teniendo sus juntas directivas, consejo y miembros de la Cámara de Delegados, ya no tienen obstáculo alguno para empezar su labor. Todos los distritos de la Isla respondieron con marcada puntualidad, demostrando, así el entusiasmo que en ellos existe por empezar su labor que indudablemente no ha de ser sino labor de bien y de adelanto.

Debemos de una vez olvidar por completo la idea erronea y mal fun-

dada de que la Asociación Médica de Puerto Rico la constituyen solamente aquellos que componen su Junta Directiva; no debemos por más tiempo insinuar á esta Junta el que se debió ó no se debió hacer tal cosa. El nuevo sistema de organización adoptado por la Asociación Médica de Puerto Rico en su asamblea anual de 1912, es tan democrático y su funcionamiento está tan bien eslabonado, que cada miembro, cada sociedad de distrito, tiene tantos derechos y tantos deberes como la Asociación de la Isla y su Junta Directiva.

Hay cuatro puntos esenciales en el nuevo plan de organización: 1. La sociedad de distrito como unidad y fundamento de la asociación; 2. La Cámara de Delegados compuesta de un número limitado de miembros, y la cual tiene á su cargo las funciones más delicadas é importantes de la Asociación; 3. El Consejo que como la Cámara de Delegados tiene también importantes deberes y el cual actúa constantemente mientras la Cámara no se reuna, y 4. La Asamblea Anual, á la cual tienen admisión todos los miembros de las sociedades de distritos que quieran asistir, los cuales pueden con toda libertad dedicar todo su tiempo á las cuestiones científicas, mientras la Cámara se dedica á los demás asuntos sociales que hasta hoy habían dilatado tanto las sesiones con discusiones inútiles y descontentos innecesarios.

REUNIONES CIENTIFICA S

Por la presente noticia se avisa á todos los miembros de la sociedad del Distrito de San Juan, que pueden asistir al local de la Asociación todos los meses, tomando como fecha el *segundo sábado* de cada mes y hora de las *ocho de la noche.* Las reuniones serán puramente científicas, todos los miembros de la Asociación están invitados, y pueden con toda libertad llevar á discusión cualquier tema de medicina ó cirugía para ser presentados oralmente ó por escrito. No se hará citación alguna para estas reuniones.

NOTAS VARIAS.

Errores en la Práctica Profesional:

J. T. Reiely hace los siguientes comentarios sobre este asunto:

"Si alguna vez por casualidad cometiese usted un error, ya bien en el diagnóstico ó en el tratamiento, no se apresure demasiado á admitirlo. No diga nada; de todos modos resérvese el manifestar que ha sido falta suya. Con la mayoría de su pacientes es usted infalible. Muchas veces uno se figura que el público aplaude esa sinceridad y veracidad; más no es así sino que siempre guardarán sus equivocaciones en su contra.

Si algún día ellos se convirtieran en enemigos suyo, oirá hablar con desagrado de como usted mismo admitió semejante error. Honradez, y candor no son palabras sinónimas. Uno debe de ser honrado, pero el ser honrado no quiere decir que uno debe exponer su debilidad y sinceridad á todo el mundo.

Durante la semana que terminó el 29 de Marzo de 1913 fueron examina

partes de la isla, 461 procedieron de la municipalidad de San Juan.

No se ha registrado ningún caso de plaga desde el 12 de Septiembre de 1912 y no se ha encontrado ninguna rata infectada de dicha enfermedad desde el 19 de Diciembre de 1912.

El Servicio de Sanidad marítima de la isla de Cuba pasó una circular con fecha 30 de Marzo del corriente año, levantado la cuarentena á los buques procedente de esta isla que venían sufriéndola á causa de la existencia de la Peste Bubónica.

Según noticias extra oficiales el doctor Friedmann descubridor del nuevo suero para la cura de la tuberculosis está en negociaciones para vender su secreto, á una corporación americana.

La influencia del Gugo Gástricc sobre los tejidos del organismo:

Licini: *Beitr. z. klin. Chir.*, 1912.

Según la opinión de algunos médicos, la acción del jugo gástrico sobre los tejidos del organismo es el de una digestión normal, mientras que otros opinan que la acción que se forma es la de una maceración.

El autor (Licini) ha hecho varios experimentos en perros y lo ha conducido á las siguientes conclusiones:

I. Todos los tenjidos vivos del organismo son tan resistente á la acción del jugo gástrico como lo es el estómago.

II. Solamente se efectua una ligera maceración acompañada de una pequeña inflamación.

III. Las membranas mucosas también se maceran y por lo tanto no ofrecen protección á ningún órgano.

NOTAS PERSONALES.

Ha regresado de la Isla Trinidad el ilustre compañero doctor E. Font y Guillot donde se encontraba como representante de Puerto Rico en el Congreso Antituberculoso de las Indias Occidentales, que se celebró en dicha isla durante los días 25 al 30 de Abril pasado. El distinguido compañero fué objeto de las mayores atenciones en dicho Congreso.

Ha regresado de su excursión científica por Europa, el distinguido compañero doctor F. Matanzo, alegrándonos verle de nuevo entre nosotros.

Ha sido trasladado á San Juan á ocupar la plaza de Oficial de Sanidad de ésta localidad, el activo é inteligente Dr. M. R. Zavala por renuncia que hiciera de su cargo el doctor L. Igaravidez.

El doctor V. Roure, que ejercía en Hatillo, ha cambiado su residencia particular, al pueblo de Río Piedras, haciéndose cargo de lServicio de la Beneficencia Municipal de dicho pueblo.

El Dr. L. Igaravidez ha fijado su residencia en Guayama donde se hará cargo de la dirección del nuevo Hospital Municipal de dicha ciudad.

Hemos tenido mucho gusto en saludar en esta ciudad al doctor P. Malaret, Inspector de Sanidad del Distrito Sur.

El doctor Luis García de Quevedo, Oficial de Sanidad de San Germán, visitaba en días pasado esta ciudad, alegrándonos ver entre nosotros tan estimable compañero.

Nuestro distinguido compañero doctor José Belaval, ha embarcado para los Estados Unidos donde permanecerá dos meses para recobrar su quebrantada salud.

Hemos tenido mucho placer en saludar al distinguido médico Dr. Eusebio Coronas, Presidente de la Asociación Médica del Distrito de Guayama.

El Dr. Nicolás Gimenez Nuza

Por una determinación inevitable, se ha desprendido del arbol puertorriqueño una de sus hojas más queridas; de las que más brillaban por su vitalidad intelectual; de las que más atraian la simpatía general de un pueblo por la bondad y la exquisitez de sus nobles sentimientos; de las que más llamaban la atención por la honradez de sus actos y por la rectitud de sus costumbres.

Horas son estas de dolor intenso, de pena infinita para la clase médica puertorriqueña; para la sociedad en general y especialmente para la que formando el núcleo de la Ciudad Mayagüezana, tuvo la prueba patente para conceptuar al compañero que luchó con singular entusiasmo por la ciencia, prestando servicios a toda una sociedad que no podrá olvidar jamás, porque Jiménez Nnssa supo captarse el cariño de sus conciudadanos ejerciendo su profesión con nobleza, con amor, con desinterés poco común, ayudando siempre al desvalido y llegando hasta el sacrificio muchas veces. Nosotros que le conocíamos íntimamente podemos afirmar que el ejercicio de su ministerio lo realizó bajo un convencimiento profundo del deber que tenía de ser útil á la humanidad, lo que exigió de él muchas privaciones, sacrificios y penalidades que ¡quién podría negarlo sinó Dios! Tal vez, prepararon su organismo para que en él la simiente de su mal físico germinase y diera fin á su preciosa asistencia. ¡Quién sabe si él en sus afanes profesionales contrajo el mal que le abatió y podíamos agregar su nombre á la gran lista de los mártires de nuestra ciencia!

La labor médica realizada por nuestro malogrado compañero constituirá un tema para ser desarrollado por pluma exquisita y mejor preparada que la nuestra y ofrecemos que en uno de nuestras próximas ediciones cumpliremos el deber de dar á conocer su biografía.

Hoy por el momento no tenemos más tiempo que para lamentar la gran desgracia de su ausencia; y la Asociación Médica de Puerto Rico que siente íntimamente el dolor de una familia que llora su hosfandad irremediable, se une á ella para compartir su pena y enviarle la expre-

sión sincera de su afecto y consideración más distinguida.

—

Funcionarios electos para las distintas asociaciones de distritos.

DISTRITO DE SAN JUAN.

Presidente, Dr. José N. Carbonell, San Juan; Vice-presidente, doctor Rafael López Sicardó, San Juan; Secretario, doctor José S. Belaval, Santurce; Tesorero, doctor Fernando de Juan, San Juan.

CONSEJEROS.

Por un año, doctor Francisco Hernández, San Juan; por dos años, doctor Pedro del Valle, San Juan; por tres años, doctor José E. Saldaña, San Juan.

DELEGADOS

Doctor José Gómez Brioso, San Juan; doctor Arsenio Vallecillo, San Juan; doctor M. Fernández Náter, Bayamón; doctor J. H. Amadeo, Vega Baja; doctor José Marcano, Río Piedras; doctor A. Molina de St. Remy, San Juan.

DISTRITO DE ARECIBO.

Presidente, doctor M. Martínez Roselló, Arecibo; Vice-presidente, doctor Atilio Gaztambide, Arecibo; Secretario, doctor Fernando Alemán, Arecibo; Tesorero, doctor M. Roses Artau, Arecibo.

CONSEJEROS.

Por un año, doctor R. Vergne Castelo, Barceloneta; por dos años, Dr. V. Roure, Río Piedras; por tres años, doctor Pedro Rivera, Morovis.

DELEGADOS.

Doctor Francisco Susoni, Arecibo; doctor Felipe A. García, Camuy.

DISTRITO DE AGUADILLA.

Presidente, doctor A. Torregrosa, Aguadilla; Vice-presidente, doctor B. Jiménez Serra, Aguadilla; Secretario, doctor J. E. Igartua, Aguadilla; Tesorero, doctor J. E. Luigi, Isabela.

CONSEJEROS.

Por un año, doctor Francisco Sein, Lares; por dos años, doctor Juan Benet Valdés, Lares; Por tres años, doctor J. Reguero Felió, Quebradillas.

DELEGADOS.

Doctor Agustín Díez, Lares; doctor M. Rodríguez Cancio, San Sebastián.

DISTRITO DE MAYAGUEZ.

Presidente, doctor J. Martínez Guasp, Mayagüez; Vice-presidente, doctor P. Perea Fajardo, Mayagüez; Secretario, doctor Conrado Hernández, Mayagüez; Tesorero, doctor F. Vilella Vélez, Cabo Rojo.

CONSEJEROS.

Por un año, doctor Américo Oms, Maricao; por dos años, doctor Manuel Dueño, Añasco; por tres años, doctor Félij Tió, Sabana Grande.

DELEGADOS.

Doctor M. Guzmán Rodríguez, Mayagüez; doctor W. W. Creswell, Mayagüez.

DISTRITO DE PONCE.

Presidente, doctor Gabriel Villaronga, Ponce; Vice-presidente, doctor Florencio Suárez, Ponce; Secretario, Dr. Florencio Suárez, Jr, Ponce; Tesorero, doctor M. Garratón, Ponce.

CONSEJEROS.

Por un año, Dr. M. E. Manzano, Yauco; por dos años, doctor A. Gar-

cía, Juana Díaz; por tres años, doctor J. R. Audinot, Ponce.

DELEGADOS.

Doctor P. Malaret, Ponce; doctor M. de la Pila Iglesias, Ponce.

DISTRITO DE GUAYAMA.

Presidente, doctor Eusebio Coronas, Barranquitas; Vice-presidente, V. Gutiérrez Ortíz, Caguas; Secretario, José Guzmán Soto, Guayama; Tesorero, E. Canino, Aibonito.

CONSEJEROS.

Por un año, doctor A. Villeneuve, Cayey; por dos años, doctor Diego Román Díaz, Yabucoa; por tres años, A. Buitrago, Patillas.

DELEGADOS.

Doctor J. E. Berríos, Yabucoa; doctor J. B. Bajandas, Maunabo.

DISTRITO DE HUMACAO.

Presidente, doctor Isidoro A. Vidal, Humacao; Vice-presidente, doctor F. Costas Díaz, Vieques; Secretario, doctor García Lascot, Humacao; Tesorero, doctor P. J. Pallaou, Humacao.

CONSEJEROS.

Por un año, doctor A. Paniagua, Gurabo; por dos años, G. Carreras, Vieques; por tres años, doctor J. Barreras, Juncos.

DELEGADOS.

Doctor Felipe Vizcarrondo, Fajardo; doctor P. Ramos Casellas, Caguas.

Directorio de los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rco.

DISTRITO DE SAN JUAN:

B. K. Ashford ....San Juan.
F. Aguirre ....Guainabo.
J. H. Amadeo ....Vega Baja.
J. Avilés ....San Juan.
J. Flores Arrieta ......Río Piedras.
A. Bou de la Torre ....Corozal.
J. C. Barbosa ....San Juan.
J. Belaval ....San Juan.
L. L. Biamón ....San Juan.
G. Curbelo ....San Juan.
J. M. Cueto ....San Juan.
José N. Carbonell ....San Juan.
G. Carreras ....San Juan.
J. Chacar ....San Juan.
A. Carbonell ....San Juan.
N. Dobal ....San Juan.
E. Font y Gillot ....San Juan.
M. Fernández Náter .....Bayamón.
M. Fossas ....Bayamón.
I. González Martínez ....San Juan.
E. García Cabrera ......San Juan.
E. García Cabrera Jr ...San Juan.
F. González ....San Juan.
P. Gutiérrez Igaravidez ..San Juan.
S. Giuliani ....San Juan.
J. Gómez Brioso ....San Juan.
W. A. Glines ....San Juan.
L. Figueroa ....Bayamón.
Vicente Roure ....Río Piedras.
F. de Juan ....San Juan.
A. Janer Palacios ....San Juan.
J. A. López Antongiorgi .San Juan.
A. La Casa ....San Juan.
R. López Sicardó ....San Jaun.
J. Lugo Viña ....San Juan.
W. F. Lippitt ....San Juan.
J. Monagas ....San Juan.
F. Matanzo ....San Juan.
G. Muñóz Díaz ....San Juan.
J. Mercano ....Río Piedras.
A. Molina de San Remy. .San Juan.
J. S. Morales ....Vega Baja.
A. Martínez Alvarez .....San Juan.

L. D. Otero ....Toa Alta.
L. P. Pereira Leal ....Guainabo.
M. Quevedo Báez ....San Juan.
S. Ross. ....San Juan.
M. O. de la Rosa ....Comerío.
A. Santana Náter ....San Juan.
J. E. Saldaña ....San Juan.
M. M. Seixas ....San Juan.
Jorge del Toro ....San Juan.
C. Vogel ....San Juan.
E. Verges Casals ....San Juan.
R. Vélez López ....San Juan.
A. Vallecillo ....San Juan.
F. del Valle Atiles ......San Juan.
M. R. Zavala ....San Juan.
P. Malaret Jr. ....San Juan.
Palmira Gatell ....San Juan.
P. del Valle Atiles ....San Juan.
J. A. Vázquez ....San Juan.
W. R. Watson ....San Juan.

DISTRITO DE ARECIBO.

F. Alemán ....Arecibo.
F. A García ....Camuy.
A. Gaztambide ....Arecibo.
M. Herrero ....Ciales.
M. Martínez Roselló ....Arecibo.
M. Roses Artau ....Arecibo.
P. Rivera ....Morovis.
F. Susoni ....Arecibo.
R. Vergne ....Barceloneta.

DISTRITO DE AGUADILLA:

J. Benet ....Lares.
A. Diez ....Lares.
J. E. Igartúa ....Aguadilla.
B. Giménez Serra ....Aguadilla.
M. Rodríguez Cancio. .San Sebastián.
J. Reguero Feliú ......Quebradillas.
A. Torregrosa ....Aguadilla.

DISTRITO DE MAYAGUEZ.

P. Perea Fajardo ....Mayagüez.
W. W. Creswell.........Mayagüez.
F. Dueño ....Añasco.
C. Hernández ....Mayagüez.
R. U. Lange ....Mayagüez.
F. Martínez ....Las Marías.
G. Martínez Cuasp ......Mayagüez.
A. Oms ....Maricao.
L. F. Santos ....Mayagüez.
F. Tió ....Sabana Grande.
Luis D. Vadí ....Mayagüez.
F. Vilella Vélez ....Cabo Rojo.
Pascual A. Rivera .....San Germán.
L. García de Quevedo . .San Germán.

DISTRITO DE PONCE:

J. R. Andinot ....Ponce.
J. Ferrer Torres ....Ponce.
R. Gatell ....Yauco.
M. Garratón ....Ponce.
A. García ....Juana Díaz.
J. González ....Juana Díaz.
P. Hernández ....Ponce.
R. López Nussa ....Ponce.
P. Malaret ....Ponce.
E. F. Otis ....Peñuelas.
Ch. Gil Ponce de León ......Yauco.
M. de la P. Iglesias ....Ponce.
A. Pietri ....Ponce.
D. Pérez Marchán ....Ponce.
F. Suárez ....Ponce.
G. Salazar ....Ponce.
V. Santoni ....Ponce.
Alvaro Santaella ....Ponce.
J. Suárez ....Ponce.
G. Vives ....Ponce.
G. Villaronga ....Ponce.

DISTRITO DE GUAYAMA:

A. Buitrago ....Patillas.
J. E. Berríos ....Yabucoa.
J. G. Bajandas ....Maunabo.
G. S. Bremón ....Guayama.

E. Canino .... Aibonito.
E. Coronas .... Barranquitas.
V. Gutiérrez Ortíz .... Caguas.
J. Martí Cuyar .... Cayey.
D. Román Díaz .... Yabucoa.
J. Guzmán Soto .... Guayama.
A. Villeneuve .... Cayey.
L. Igaravidez .... Guayama.

DISTRITO DEHUMACAO

J. Barreras .... Juncos.
F. B. Cordero .... Caguas.
G. Carreras .... Vieques.
F. Díaz Costa .... Vieques.
J. A. Díaz .... Fajardo.
E. García Lascot .... Humacao.
C. García del Valle .... Juncos.
A. Márquez .... Aguas Buenas.
R. Mora Vaamonde .... Fajardo.
A. Paniagua .... Gurabo.
P. J. Palou .... Humacao.
P. Ramos Casellas .... Caguas.
I. Vidal .... Humacao.
Felipe Vizcarrondo .... Fajardo.
Alfonso Paniagua .... Gurabo.
M. Lamela .... Río Grande.
C. Fernández .... Carolina.
L. C. Boneta .... Río Grande.
J. Aubray .... Carolina.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

IX JUNIO 1913. NUMERO 91.

SESIONES ACADEMICAS DE NUESTRA ASOCIACION

SESION DEL DIA 10 DE MAYO.

Habiéndose acordado en la reunión celebrada el día 19 de Abril celebrar sesiones academicas y fijada la fecha del segundo sabado de cada mes, la primera reunión tuvo lugar el sabado día 10 de Mayo por la noche á las ocho en el local de nuestras oficinas, calle de Allen número 6. No fué una reunión nutrida por el número de los asociados que asistieron á ella. Tenemos la confianza de que las próximas se verán más concurridas. Es preciso iniciar la idea: ella dará el fruto que esperamos. Estamos intimamente convencidos del interés que cada uno de nuestros compañeros siente por su profesión, y ya han dado pruebas muy elocuentes de cuanto son capaces por lo que confiamos en el exito de nuestras futuras sesiones.

Se trataron los puntos siguientes.

1.° NOTAS SOBRE HIGIENE

DR. R. VELEZ LOPEZ.

Nuestra condición de Médico, que desempeña en toda sociedad una función de utilidad interviniendo con su ciencia en todos los organismos político-económico sociales; y desde el elemento simple, celula social, llamado hombre, estudia su estructura; dirige su desarrollo y se opone á su desviación en la linea normal que debe recorrer; en su reunión con otros elementos formando la familia; y en las aglomeraciones formando los pueblos, prescribe las formulas que convienen á la conservación del estado hígido de la sociedad, y penetrando aún más en el fondo de la misma, regula el trabajo dictando el articulado á que deben someterse las empresas que representan una fuente de producción, donde el hombre, desde el que asume la dirección técnica, hasta el último que realiza una función vulgar, dentro de esa llamada asociación fabril ó agricola, representa uno de los elementos de la esencialidad de la labor humana, necesario é imprescindible y por lo tanto digno de nuestra consideración y de nuestro estudio y cuidados.

Ya lo sabemos todos, que, el sujeto de la Higiene es el hombre, y éste, individual ó colectivamente, es quien debe derivar todos los beneficios que ella encierra dentro de su cuerpo de doctrina, y realiza, aplicando sus verdades ó conocimientos, lo que llamamos *sanidad;* siendo esta, en último

termino, la Higiene en acción, ó dicho de otro modo: la práctica de la Higiene.

Del gran libro de la Higiene escoge y aplica el hombre inteligente las verdades ó conocimientos para hacer sanidad, y vela sin cesar por la integridad de los grupos sociales en sus diferentes funciones tanto elementales (higiene privada) como del conjunto (higiene pública) oponiéndose á la debilitación de aquellos organismos y luchando contra las causas morbosas que alterando el medio físico ó medio higienico en que un conjunto social se desenvuelve, mantiene el equilibrio y consigue el fin de la higiene por procedimientos sanitarios que es la salubridad.

Mas, para conseguir esa finalidad, el higienista necesita de la divulgación de sus conocimientos; que el pueblo adquiera el convencimiento de las verdades y utilidad de la Higiene y á tal fin no llegaremos, no, mientras la masa general de los pueblos no esté ilustrada por esos conocimientos.

La ciencia sanitaria, hija legítima de la madre Higiene, como fuente de vida de los organismos, realiza una función de conservación y perfectibilidad del elemento hombre; como dictadora de las verdades sanitarias que persigue la normalización del medio higiénico, realiza una función de conservación, regularizando las costumbres y obteniendo la simplificación de los actos que el hombre en colectividad debe realizar; interviniendo en la producción y ocupandose del trabajo desde su punto de vista, realiza una función social de innegable utilidad práctica, elevando la concepción de la humanidad á la que presta su decidido apoyo en bien de la salud tanto individual como colectiva y oponiendose al desarrollo de las enfermedades que recaen sobre un gran numero de individuos, (tuberculosis, paludismo, uncinariasis, sífilis) coadyuva á la mayor producción de todo el país y por lo tanto realiza una función esencialmente económica.

Al nacer el hombre, la Higiene interviene para impedir trastornos persiguiendo las causas que los determinen; en la Escuela, también la Higiene realiza su misión redentora investigando innumerables causas que pueden empobrecer los organismos infanties ó imposibilitarles para las tareas escolares. En las profesiones, en los oficios, en las manufacturas é indústrias de todo genero, la Higiene está sobre ellas con su manto protector velando por que la normalidad de todas sus funciones se conserve.

La Higiene de las Poblaciones procurando el saneamiento del terreno, la esterilización de los focos insalubres, la potabilidad y aprovisionamiento de las aguas, la separación de toda escreta tanto orgánica como doméstica ó industrial; el establecimiento de puestos higienicos para el expendío de toda clase de alimentos y la inspección de estos para evitar el fraude y los trastornos del Aparato gastro intestinal; el establecimiento de hospitales para la atención de todos los enfermos que lo re-

quieran es, y constituye una de las principales finalidades de esa ciencia la más humana y la más progresista de todas las ciencias que va derecha á la conservación de la salud y al progreso general en todos sus ordenes.

Por tantas excelencias y tantas razones de utilidad, la Asociación Medica de Pto. Rico estuvo siempre al lado de toda idea tendencia ó tentativa que llevara como intención principal la salud del pueblo; y continúa y persistirá en su apoyo moral y material de toda iniciativa que tal finalidad se proponga, contemplando con verdadera complacencia la labor que actualmente desarrollan los diferentes organismos que no solo en pró de la salud de este pueblo y su mejoramiento social y económico, si que también laboran por el prestigio de nuestra Región patria, realizando verdadera obra sanitaria aplicando los principios dictados por la Higiene moderna.

Estas lineas que he escrito sin consulta previa y deseando con ellas mover por un momento nnuestros dormidos entusiasmos, pues otras causas de otro orden y de diversos aspectos nos peocupan cada día con mayores apremios, las presento á vosotros contribuyendo en una parte muy infima al objeto que nos reune en estos momentos; y suplicandoos á la vez que contribuyais sin abatiros á mantener estas reuniones mensuales que ellas serán denuncionadoras de que vive aún, que no ha muerto todavía el germen que puede llegar á ser el origen del más frondoso árbol bajo cuya fresca sombra nos congreguemos unidos por el interés científico y la solidaridad profesional, cumpliendo además el deber más elemental entre amigos y entre compañeros.

2.° UN CASO DE INTUSSUSEPCION DEL ILEO EN EL COLON ASCENDENTE.

DR. TORO.

Haremos una reseña breve sin entrar en los detalles pues el Dr. Toro presentará un trabajo completo acerca del mismo.

Un enfermo varón de 38 años de edad más ó menos, de oficio trabajador del campo, que ingresa en el Hospital con los fenómenos de una peritonitis aguda. No trajo ningún antecedente ó dato que hubiera sido observado y habiéndose presentado á las pocas horas de su ingreso un vonito fecaloideo y pequeña hemorrajia por el recto se pensó en una intusscepcón procediendose á la abertura del vientre mediante una incisión en la línea semilunar derecha. Se comprueba la lesión, se reseca el ileón y se practica una anastomosis del extremo del ileo en la cara anterior del colon ascendente no habiendose practicado sobre el sitio de elección por haberse observado sobre esa región extensas placas de exhudado inflamatorio. El apendice bastante hinchado no se extirpó pues no presentaba signo alguno de inflamación intrínseca. Después de hecha una minuciosa limpieza del peritoneo donde se había derramado gran cantidad de sangre y heces se estableció un denage y suturó la pared en los dos tercios superiores de la ineisión practicada. Colocado el paciente en su cama, se estableció el tratamiento de Murphy se ordenó

dieta absoluta permitiendo al enfermo tomar algunos trozos de hielo. A los dos días se permite tomar algunas cucharadas de leche y al sexto día el enfermo ingiere jugo de carne y cocimiento de cereales. Ha evacuado expontaneamente: el pulso sigue bien aunque un día solamente subió á 120 pulsaciones habiendo descendido la temperatura á 35 grados y décimas: signo de absorción séptica que se detuvo después de practicada una cura. El drenaje continua—el estado general del paciente es inmejorable.

A próposito de este caso y de otros muchos de apendicitis crónica, de absceso de la pelvis, en los casos de pelvicelulitis, en casos de peritonitis purulenta generalizada, de extirpación de piosalpinx y otras intervenciones ginecologicas en que se ha establecido el tratamiento por la proctoclisis, se ha podido comprobar su eficacia, su gran valor curativo y acción profilactica y hasta tal extremo nos ha entusiasmado el método que entre nosotros le comparamos á la aplicación del suero de Ronx por los beneficios obtenidos.

El procedimiento es sencillo y puede utilizarse un simple irrigador con canula rígida y llave para graduar el paso de la solución salina. Existen varios aparatos construidos para aplicar dicho tratamiento.

3o. El Dr. Guiliani á excitaciones del Dr. Gomez Brioso disertó acerca del tratamiento que más convenía á los tuberculosos en el estado ó fase congestiva del proceso pulmonar recomendando el tratamiento higienico, estancia cerca del mar y tonificacióu del organismo por los Glicerofosfatos, toda vez que en estos enfermos se observa un rápido desgaste, una desmineralización del organismo, y todo cuanto tienda á estimular la nutrición será beneficioso para ellos.

Respecto al tratamiento arsenical no debemos aconsejarlo en este período por la posible determinación de mayor congestión y producción de hemoptisis.

Se habló acerca del proceso de la cura de Friedman que en los EE. UU. ha culminado en *una simple cuestión mercantil* organizandose una poderosa corporación que explotará el negocio de la cura de la tuberculosis.

Somos una parte de la humanidad que sufre el azote de la plaga blanca y deseamos vivamente se llegue al descubrimiento del específico de la enfermedad; y aún cuando en el caso presente no se ha negado aun la eficacia del remedio; aunque se han notado en algunos casos una mejoría, sin embargo, esos casos no representan número bastante para que prorrumpamos en vitores y entusiasmos extemporaneos. Creemos que antes de la explotación mercantil del método ha debido comprobarse su utilidad.Es en la duda que existe en el ánimo, de la que se hace un cálculo y se esperan grandes rendimientos.

También creemos que si resultara eficaz el remedio, luego, habrá perdido en gran parte el mérito que habrá de corresponder á su descubridor.

SESION DEL DIA 14 DE JUNIO.

Con una concurrencia regular se pasaron desde las 8 p. m. hasta las 10 y media p. m. recayendo nuestra atención sobre varios puntos.

Se habló sobre la conveniencia de recomendar á todos los médicos que sientan inclinaciones hácia la práctica de la Cirujía; una vez salidos de las universidades y que por más que posean aptitudes hacia esa rama de la medicina, carecen de la necesaria orientación y conocimientos prácticos de la misma, que procuren acudir á las clinicas quirúrgicas ya reputadas, particulares ó municipales y adquieran en ellas durante un tiempo suficiente la práctica que há de servirles de iniciación en el ejercicio de la Cirujía.

Todos sabemos que las teorías modernas que tienden á la obtención de la *asepsía* que es una de las bases fundamentales de la práctica quirúrgica, deben llevarse á la práctica, ejercitándonos diariamente en ella para llegar á adquirir el hábito de la asepsía con lo que se habrá dado un gran paso en la senda de la Cirujía. Hecho el hábito de la asepsía, el Cirujano está en el deber de practicar la disección y llegar al conocimiento perfecto de la anatomía regional ú operatoria sin cuyos conocimientos tendrá que sufrir grandes fracasos. No se deberá, pues, en ninguna manera, llegar á la habilidad quirúrgica ejercitándose en su práctica sobre *casos vivos,* practica que está ya considerada como inmoral porque en los que la ejercen falta el conocimiento previo que las disecciones proporcionan al cirujano.

Ya en los EE. UU. se ha constituído una Asociación que ha instituido la enseñanza especial para los médicos que han de dedicarse á la práctica de la cirujía y despues de una temporada de estudios se expide un diploma especial que les autorizará á practicar dicha rama médica.

Nosotros opinamos que en la práctica de la medicina *todo médico* aunque no se dedique á la práctica de la Cirujía, *debe estar bien instruído* en el conocimiento de las *indicaciones quirúrgicas* y tan pronto como se dé cuenta del cáracter quirúrgico de una afección, cualquiera que ella sea, debe plantear la necesidad de la concurrencia del cirujano y *desistir* del empleo de medios y tratamiento médicos que solo conseguirán retardar la resolución del mal. Decimos esto porque existen médicos que por temperamento propio, personalísimo, son refractarios á toda intervención, constituyendo para ellos la Cirujía, una verdadera *fóbia* que les detiene subyuga y ciega.

Ante todo, el bien del enfermo: y esta obligación del médico adquiere toda la fuerza de un mandato en todos esos casos en que, ó han fracasado los medios paliativos ó la naturaleza y cáracter del padecimiento exige un tratamiento quirúrgico.

En el deber en que estamos de procurar para el enfermo un rápido cambio hacia su salud, está en nuestras ma-

nos proporcionarle su bienestar utilizando ó poniendo en práctica los medios que la ciencia nos señala.

El Dr. Gomez Brioso habló sobre la importancia y necesidad de establecer una clínica para enfermedades de los niños, y al efecto recordó que el inolvidable Dr. Nuñez antes de su muerte dispuso que la suma de nueve mil dollars se destinaran á ese mismo fin, pero aun no se ha podido resolver sobre este asunto porque en la clausula testamentaría se hace constar que mientras exista una hermana suya de edad avanzada residente fuera del País beneficiará el usufruto. Mas esto podía muy bien arreglarse mediante un convenio. Tenemos, pues, que existe una base sobre la cual se puede establecer el servicio especial para los niños pobres y este progreso vendría á llenar una necesidad pues la ampliación del Hospital Municipal es una cuestión que está puesta sobre el tapete, en la orden del día de los asuntos á resolver por nuestra administración Municipal y nosotros aplaudiremos con entusiasmo al H. Alcalde y Concejo si toman la acción necesaria para llevar á cabo ese movimiento de progreso.

El Dr. Toro, Cirujano del Hospital, presentó el caso de un sarcoma del maxilar inferior. Se trata de una joven de unos 23 años de edad: —el tumor había tomado proporciones colosales y la Operación se imponía para tratar de evitar los efectos de la neoplasía sobre el estado general. Se usó la anestesia con eter mediante la aplicación por las ventanas de la nariz en las fosas nasales de dos tubos de cristal unidos á uno de cautchout que partia del frasco que contenía el eter que se hacia salir por presión de aire. El acto operatorio fué accidentado por la extensión de la neoplasía que invadía todo el suelo de la boca y la riqueza de redes vaculares era verdaderamente asombrosa con lo que se dificultaba dicho acto. La enferma sufrió un sincope del cual salió prontamente á beneficio de manióbras y aplicación de inyecciones de extricnina y atropina, no presentando despues ninguna novedad.

El caso se presentó en esta clinica bastante adelantado, como se presentan muchos otros que proceden de localidades distantes que no han tenido la suerte de ser examinados por ningún médico.

Otro caso de la clinica quirúrgica del Dr. Toro es el que se refiere á una fractura doble de la tibia y peroné complicada que después de haberse presentado una infección ingresó en dicha clínica. Una vez dominada la infección utilizó el instrumental de Lane aplicando sobre la tibia una placa métalica atornillada y el procedimiento ha tenido exito. Este caso, si en vez de ingresar despues ingresa antes, probablemente, no se hubiera *complicado mas* con la infección.

Me place poder asegurar que en el Hospital Municipal de S. Juan, P. R. se rinde verdadero culto á la practica de la asepsis, y siendo ella una de las bases para el éxito de la cirujía, no nos debemos extrañar que se obtengan allí los mas ruidosos; que,

fuera de este país, harían mucho ruído, pero que aquí, no salen del pequeño circulo en que nos desenvolvemos. Una labor persistente como la que allí se hace debe ser estimada por el público y principalmente por los medicos en general que no visitan el Hospital y muchos ignoran pues ella es la sola garantía con la que podemos y debemos contar en tantos casos que á diario se presentan.

Por ultimo se habló de la guerra Bulgaro-turca y anatemalizándola en general por constituir un medio bárbaro de hacer valer un derecho, pues á la guerra se vá á destruir no solo la vida sinó también el progreso de los pueblos que luchan; que al sucumbir millares de hombres jovenes fuertes y llenos de vida se priva á todas las fuentes de producción de proporcionar sus medios á la vida y al bienestar de la humanidad.

Queremos el bien para todos; y hemos de encontrarnos frente á toda fuerza que por instintos egoistas tanto individual como colectivamente, mantengan ó pretenda mantener el predominio de su poder.

LAS CLINICAS DEL MUNICIPAL

INVAGINACIÓN INTESTINAL.

Hospital Municipal, No. de orden 907. Varón, 40 años de edad, de color, jornalero.

El domingo 4 de Mayo de 1913, encontrándose en el Hospital varios médicos del servicio y externos, el Dr. Toro presenta el caso en cuestión. Es uno de estos casos que se le envían al cirujano para que los adivine; viene del campo y no trae la menor historia de su padecimiento; el paciente se encuentra en estado grave, y confusamente refiere lo siguiente: que hacen unos cinco dias se tomó un purgante y al día siguiente fué á su trabajo; que hacen tres días no pudo seguir trabajando por sentir fuertes dolores de vientre. Que ha tenido vómitos y estreñimiento; tomó varios purgantes que le produjeron evacuaciones abundantes de sangre. El dolor ha sido y es muy intenso y toma todo el vientre. Dice que el dolor le empezó poco á poco alrededor del ombligo y no se ha localizado especialmente en ningun sitio.

Examen: El paciente se encuentra en estado de postración; pulso debil y rápido, temperatura 37.08 C., sudoración fria, facies peritoneal. El vientre distendido y sensible en todas sus partes, pero aparece serlo más en el punto de Mc Burney en donde, con dificultad puede notarse una tumoración. No se perciben movimientos peristálsicos.

Se nos presenta claramente un caso de peritonitis, no sabemos cual es la causa. La manera de empezar parece mas bien una apendicitis, pero el enfermo dice ultimamente que el dolor empezo de pronto y esta no es la forma de presentarse el dolor en la apendicitis. La palpación abdominal nos da muy poca información dada la dureza del vientre, aunque la distensión no es excesiva y no se notan los movimientos

peristálsicos, dos condiciones de interes diagnóstico en la obstrucción intestinal en el intestino delgado. Los vómitos no sabemos de que caracter sean. El síntoma que más claramente refiere el enfermo es el de la inabilidad de mover el vientre, y nos dice que las evacuaciones de sangre han sido tan abundantes que le mandaron una botella llena de sangre al médico que le asistia. Este síntoma de evacuaciones de sangre está muy en favor de una intususcepción, teniendo, como tenemos, obstrucción intestinal.

El examen de sangre hecho por el Dr. Giuliani dá el resultado siguiente: polineucleares neutrofilos, 81 %; eosinófilos 0%, linfocitos pequeños, 9 %, mononeuclares grandes 10 %. Leucocitosis, 13,000. Malaria, negativo. Orina negativa.

Mientra se prepara el cuarto de operaciones, el enfermo hace un vómito de materias fecales muy abundante, y en un paroxismo de dolor evacua bastante sangre.

Operación. Anestésico, Eter. Se hacen necesarios estimulantes al principio de la anestesia.

Como hay una masa más dura en el cuadrante inferior derecho, haremos la incisión por la linea semilunar derecha. Una abundante cantidad de pus sale libremente de la cavidad peritoneal, y tiene un olor muy fétido. La cantidad de pus es tal que nos es dificil ver lo que hacemos. El apéndice está muy grueso, pero no presenta señales de infección intrínsica si bien participa de la infección externa peritoneal. El caput-coli está enormemente dilatado, duro, como si se encontrara lleno de una masa resistente. Hay numerosas perforaciones intestinales del ileo cerca del ciego. El Dr. Malaret Jr., parece que está perdido en este laberinto; realmente es dificil darse cuenta de donde estamos, aquí el ileo se acaba como si le hubieran ligado; no queda de él más que una banda deshecha. El término del mesenterio está también gangrenado. El ileo que queda hacia arriba se encuentra muy dilatado. Quedan como dos ó tres pulgadas del final del ileo unidas al ciego. Por todas las perforaciones sale la materia fecal libremente y con ella varios oxiuros. Parece que hay una invaginación del ileo dentro del ileo pasando al ciego y colon ascendente Efectivamente, resecando la unión del ileo al ciego se extrae de dentro del intestino grueso la intususcepción que consiste como de diez pulgadas (dobles) de ileo completamente gangrenado. Se sutura la válvula ieo-cecal. De la porción oral del ileo resecaré como cinco pulgadas que se necesitan para llegar á un punto que ofrezca seguridad. Es tal la condición de todos estos tejidos, que me veré obligado á hacer la anastomosis por la banda ventral del ciego, aunque dicho punto no sea el sitio de elección. Terminaremos con la toilet del peritoneo, limpiando con esponjas mojadas en solución salina caliente, sin lavarlo; no creo que la práctica de lavar el peritoneo tenga nada de bueno. Dejaremos un drenaje amplio con varios tubos de go-

ma rodeados de gaza. La intervención dura una hora y cuarenta y cinco minutos. Cantidad de eter usada por el practicante Frasqueri, 200 gramos.

Tratamiento post-operatorio: Tratamiento de Murphy-Fowler continuo. Curaciones dos veces al día. Dieta líquida Mayo 5, pulso 100. temperatura 37 C. respiraciones 22. Mayo 8. El pulso se eleva mucho mientras la temperatura baja; se estimula al enfermo. Mayo 9. La enteroclisis alternando cada cuatro horas. Mayo 11 por la tarde hace una evacuación sanguínea con coágulos.

El paciente hace el resto de su convalescencia sin el menor incidente, y se encontraba andando el día 26 de Mayo.

LA PRACTICA DE LA CLINICA

POR EL DR. R. VELEZ LOPEZ.

No debemos olvidar nunca que los conocimientos más profundos y precisos que podamos tener acerca de las diferentes entidades morbosas (patología) son insuficientes y resultan inútiles cuando ante el exámen de un enfermo queremos á todo trance aplicar esos conocimientos al caso que nos ocupa.

La Ciencia Médica tiene por base la observación y sobre ella deberán descansar nuetsras apreciaciones. La patología constituye un mero tratado de todas las enfermedades que han podido estudiarse, unas completamente, otras insuficientemente porque se carece de datos de observación bastantes, para terminar su descripción. En sus páginas podemos notar que hecha una enumeración de los síntomas que caracterizan una afección, el autor refiere diferencias clínicas más ó menos determinadas que se han observado y esas modalidades que se describen son producto de la observación clínica de donde unicamente podemos esperar siempre la verdad en medicina.

Debemos, si, conocer bien la Patología; pero dejariamos de desempeñar nuestra función médica, si no sabemos observar bien al enfermo; reunir los datos clínicos; relacionarlos con las posibles causas que los determinan y, sobre todo, darles la debida interpretación.

La ciencia del diagnostico: en esto estriba todo. Un buen juicio clinico utilizando antes de exponerlo todos los medios que las investigaciones modernas aconsejan, es lo que debemos proponernos sino queremos marchar en clínica dando tumbos, desorientados, vacilantes y lo que es poor, desconfiados y excepticos......

Debemos tener valor para exponer nuestras opiniones sin pretender que ellas sean indiscutibles; sin imponer nuestro criterio, pues nada existe tan rídiculo y tan abominable como la testarudez de un médico que se aferra á una idea y no admite otra mejor interpretación en un caso clínico que la suya.

En clínica, debemos todos aportar nuestras impresiones, exponerlas con sencillez y estar dispuestos á aprender lo que se olvidó ó no se sabía, pues el objeto de las discusiones clinicas

no deben tener por objeto el predominio de las personas y si solo la solución de un problema

En esas discusiones no debemos divagar. La precisión es lo útil y lo más que conviene al enfermo que está pendiente de la solución que hemos de adoptar como más conveniente á su situación.

Entendemos que debe ser práctica en toda consulta, que esta se celebre en ausencia de todo auditorio que no puede apreciar *de ninguna manera* lo que há de tratarse y porque el médico se siente con más libertad para hablar, pudiendo referirse á detalles y minuciosidades que tienen toda su importancia y valor en la apreciación de los casos patológicos y que no expresados por respetos naturales (consideración social etc.) influiriamos con nuestro mutismo en la fidelidad de la exposición.

En una consulta no se debe ocultar ningún dato que puede llevar alguna luz sobre el proceso patológico y debemos insistr en celebrar siempre nuestras reuniones, alejados de toda persona ó grupo de personas agenas al asunto que debe ocuparnos.

Celebrada la consulta, debe darse una información suscinta al representante familiar del enfermo, de lo convenido; y en caso de disparidad de criterios igualmente debe ser enterado En estos casos no debe exijirse que el médico que asiste al enfermo deje su puesto á otro, conviniendo al mismo enfermo que los dos continuen juntos, auxiliándose mútuamente pues una asistencia combinada de ese modo redundará siempre en provecho del paciente.

Decíamos al principio, pues nos habíamos desviado un tanto de nuestro principal objeto, que en la clínica debemos saber dar una interpretación lógica á los hechos que se presentan á nuestra consideración y refiriendonos por ejemplo al síntoma *fiebre* nunca estamos autorizados para instituir la medicación *antifebril* mientras no juzguemos necesario practicarla despues de bien impuestos de la naturaleza de la enfermedad.

Parece á muchas familias y no pocos médicos que la fiebre representa un fantasma que es preciso combatir de una manera sistemática y enérgica; cuando en un número no reducido de afecciones la fiebre constituye una especie de indice por el cual debemos orientarnos y debemos usar los medificadores de la temperatura con habilidad y en circunstancias precisas y teniendo en cuenta las condiciones de los organos principalmente del corazón, pudiendo á tal fin utilizar diferentes medios fisicos que nos prestan siempre resultados beneficiosos. En las afecciones del aparato respiratorio se usa y abusa de los expectorantes y vomitivos.

En los estados de disnea, se echa mano á la digital. Se abusa de la medicación purgante y al solo síntoma de orinar poca cantidad, se prescribe un diurético.

En todas esas circunstancias que á primera vista parece lógico usar dichas medicaciones. se fallará muchas veces por una interpretación erronea de los citados síntomas.

Es preciso, como aconseja Huchard ejercitarnos en la *medicación patogénica,* es decir,buscar la causa del trastorno funcional y reponer la función combatiendo la causa que la trastorna.

¡Cuantas veces observamos vómitos, extreñimiento y timpanismo con fiebre, y podriamos diagnosticar peritonitis en un niño que lo que está padeciendo es de meningitis!

¡Cuantas veces observaremos dolor localizado en el abdomen hacia la fosa iliaca en los niños y aún adultos y podíamos juzgar, por un estado nauseoso que existe apendicitis y sin embargo estamos frente á una pneumonía!

¡Cuantas veces ante un cuadro de disnea intensa, de lividez de la cara, nos figuramos que el enfermo está afectado del corazón ó los pulmones; los que, reconocidos no presentan alteración física alguna, y todo ese aparato no está mantenido sinó, por una causa tóxica de origen intestinal ó de otro órgano por insuficiencia funcional del mismo!

DE "LA CLINICA" DE PARIS.

SEMANA CLINICA

Todos los médicos se hallan convencidos á la hora presente de las excelencias de la *físicoterapia* y de la preemiencia que adquiere sobre una gran mayoría de casos sobre la vieja terapeútica cuyo horizonte se dibuja de un lado por una píldora y del otro lado por una poción.

Mas, para prescribir los tratamientos cada vez mas numerosos y complicados y que tienen por resorte los agentes físicos; para conocer las indicaciones y contra—indicaciones es necesario que el médico sea instruido y esté preparado practicamente en los métodos terapeuticos que utiliza los agentes fisicos.

Es cierto que no por la lectura de publicaciones hoy muy numerosas que tratan de los agentes físicos y su utilización en terapéutica, pudiera llegarse á una instrucción perfecta en tal respecto, pues hasta que la terapeutica fisica gane el terreno que en cierta medida pierde la terapeutica por los agentes térmicos, parece urgente que entre todas las reformas que deban introducirse en la enseñanza médica, sea tomada en consideración la que consiste en crear una catedra de terapeutica fisica. Esta Catedra exigiría un servicio hospitalario en donde se agruparian las enfermos que habían de tratarse por la *físicoterapia*—; tal servicio comprendería pabellones dirigidos cada uno por un *electro terapeuta* un *radiólogo,* un *kinesiterapéutica* etc, y en algunas semanas podían familiarizarse con dichos métodos de los que jamas podrian tener conocimiento una vez instalados en sus pueblos respectivos.

Se ha propuesto la creación de una catedra de hidrología. Sin murmurar de la Hidrología, cuya importancia no es ni contestable ni constatada puede decirse que su enseñanza está menos justificada que la de la teurapeutica física.

Como quiera que sea, existe una reforma por hacer y nuevas costum-

bres á contraer en materia de practica médica. Muchos jóvenes medicos, instruidos, activos, deploran, por razón de la competencia cada vez mayor, que sus gabinetes se vean desiertos.

No es porque ellos desdeñen ocuparse practicamente *manualmente,* mejor dicho, de sus enfermos, que sus consultorios se vean poco concurridos.

Cada día crece más el hábito adoptado por la mayoría de los medicos cuando uno de sus pacientes requiere un tratamiento físico, de dirijirle á otro compañero que se ocupa de la especialidad ó simplemente á *un empírico.*

¿Que sucederá? Que estos enfermos que, tendrían sin embargo necesidad de un cuidado médico regular, absorbidos por su tratamiento olvidan el camino del consultorio del médico que hizo la prescripción, sin tener en cuenta que muy frecuentemente el que lo aplica (cuando no es doctor) juzga un deber *dar consejos* médicos cuyo valor es antes bien puesto en duda.

Estimamos pues, que los médicos obtendrán ventaja no solo desde el punto de vista material, sino desde el de la influencia moral que ellos han de ejercer sobre sus enfermos, practicando en sus gabinetes numerosos tratamientos que ellos abandonan benévolamente á otros. Les bastaría contar con un departamento ó habitación especial consagrada á examenes y tratamientos con una instalación modesta pero suficiente que comprenda algunos aparatos electricos, instrumentos para kinesiterapia, para la aplicación del aire caliente etc. Resultaría para ellos un dispendio del principio que seria compensado pronto por el *mayor valor de las recetas.*

Por otra parte, una vez lanzada la idea no faltarán fabricantes que se encarguen de tales instalaciones evitando á los principiantes las dificultades de esta instalación que algunos muy avisados poseen actulmente.

NECROLOGIA.

El Dr. García Cabrera.

Después de una larga dolencia muy peneosa para el bondadoso enfermo que supo soportar su mal con resignación, ha dejado de existir allá en los EE. UU. nuestro compañero y amigo.

El doctor García Cabrera cumplió sus deberes médicos con exquisita exactitud; creó un hogar dignísimo y suop conquistarse el cariño de toda nuestra sociedad.

El doctor García Gabrera desempeñó cargos de Profesor de Historia natural en el Instituto de 2a. enseñanza durante muchos años; fué Presidente de la Subdelegación de Medicina, prestando, como miembro de esta Corporación, utilísimos servicios; así mismo desempeñó por muchos años también, la dirección de la Asociación de Auxilio Mutuo, fundada por la Colonia española; fué siempre amigo leal de España, lo que demostró con la conducta seguida en todos sus actos, y llegó á ser el médi-

co de todas las familias españolas que le querían como á uno de sus propios familiares.

Fué un carácter afable, correctísimo en su trato, lo que le distinguió y realzó en sus relaciones sociales.

Como médico, se ajustó correctamente á las ideas clásicas que defendía con entusiasmo, y podemos asegurar nosotros los jóvenes, que él jamás combatió ninguna idea nueva; y de sus propias ideas y práctica personal, pudimos aprovecharnos muchas veces. Nunca notamos en él vanidad alguna en la manifestación de sus conocimientos; al contrario; fué modesto y supo siempre respetar las ideas de los demás, conduciéndose en sus relaciones profesionales bajo la más estricta moral.

La ausencia del doctor García Cabrera, habrá de sentirse por mucho tiempo. ¡Cuantas familias llorarán por la falta de sus cariñosos consejos!

Nosotros, sus amigos y compañeros que le profesábamos verdadero cariño y veneración, también lloramos su ausencia; y en viamos á todos sus deudos y especialmente al compañero doctor García Cabrera, su heredero, la expresión más sentida de la pena que en estos momentos tristísimos embarga.

NOTAS PARA UNA ORGANIZACION DE SERVICIO DE BENEFICENCIA PÚBLICA EN LA CIUDAD DE SAN JUAN, P. R.

POR EL DR. VELEZ LOPEZ

MIEMBRO DEL CONCEJO MUNICIPAL.

Un gran número de enfermos que puéden dedicarse á sus ocupaciones y otros con ligeros ó pasajeros síntomas, deben acudir al Dispensario principalmente en San Juan, y, al efecto, debe instituirse el servició desde las 9 a. m. hasta las 12 a. m., y de las 2 p. m. hasta las 5 p. m. tomando parte en estos trabajos los señores médicos de la municipalidad y otros particulares que deseen cooperar con sus conocimientos en las especialidades á que se dediquen.

Para establecer el Dispensario con todo lo accesario, es indispensable, primero, que se reconozca la importancia de dicho servicio, y que el público se entere previamente de la organización y su funcionamiento.

Será preciso invertir una suma de dinero en preparar los locales y hacer las instalaciones que requieran los diferentes servicios.

En todas las ciudades cultas los Dispensarios funcionan regularmente, constituyendo éllos el sitio donde se seleccionan los casos de importancia que deben ingresar en las clínicas de los ohspitales de la ciudad.

Atendido el servicio con el personal y material necesario, el trabajo científico que se realice, será de positivos beneficios para los enfermos y la ciencia. De otro modo, ó en otra forma realizado dicho servicio, no puede producir la utilidad que estos centros entrañan.

HOSPITALES.

El Hospital Municipal de San Juan, inaugurado en Mayo de 1909, representa solamente una pequeña sección de lo que debe ser esta institución. Actualmente esisten dos edificios, destinado uno á enfermos de

medicina ó que requieren por su enfermedad un tratamiento esencialmnte médico, y otro edificio destinado á Cirujía; y como quiera que el número de los enfermos que requieren un tratamiento quirúrgico es superior al número de camas de dicha sección, ha habido necesidad de destinar dos salas de diez camas cada una del Edificio de medicina para alojarlos, reduciéndose á su vez el número de los enfermos de medicina que deben ingresar y ser tratados en dicha sección. Por todo lo cual es necesario pensar en la continuación de las edificaciones hospitalarias y terminarlas, para que todo enfermo encuentre una cama dispuesta, preparada y destinada á la clase de enfermedad que padece.

En la sección de medicina se atiende, actualmente, al enfermo palúdico, reumático, tuberculoso, y tífico en la misma sala, careciéndose de cuartos ó salones de aislamiento para las enfermedades transmisibles ó contagiosas.

Tampoco en la sección de cirujía se cuenta con locales para aislamiento de casos infectados ó complicados que constituyen un serio peligro para los operados.

Es preciso, pues, completar la obra de edificación del Hospital de la ciudad de San Juan, disponiendo secciones para enfermedades específicas de los órganos sexuales, enfermedades de la piel y cáncer; para partos, para niños, y por último para enfermedades contagiosas y epidémicas.

La ciudad de San Juan cuenta con 58,000 habitantes más ó menos, y tenemos el deber de laborar para prevenir, que, en el día de mañana, habrá de aumentarse la población y serán mayores sus necesidades.

Hoy, apenas si contamos con cien camas dispuestas y destinadas como he dicho antes para prestar asistencia á los enfermos, y careciéndose de departamentos especiales para aislamiento y locales destinados á enfermedades especiacles que deben ser clasificadas y agrupadas por secciones con servicio especial para las mismas.

De otra suerte, resulta muy elemental y casi primitivo el servicio hospitalario con que hoy contamos, no constituyendo motivo alguno para sentirnos satisfechos y orgullosos, porque puedo afirmar que todo el éxito que en el se obtiene, debemos atribuirlo al cuerpo de médicos que trabaja en él esforzándose porque los enfermos reciban el beneficio de las medidas terapéuticas que dictan, careciendo de infinidad de medios de orden físico y otros de orden biológico que han de completar servicio tan interesante.

No llamemos ó no permitamos que al Hospital se le llame Asilo, porque para esto, nada tendríamos que solicitar, pues bien estaría como está; mas, para que realmente el Hospital responda al fin para que fué instituido; y para que no nos engañemos y nos sintamos satisfechos al contemplar el aspecto arquitectónico de sus edificios y la belleza del conjunto que ofrece á todo el que lo contempla, debemos estar dispuestos á atender todas las necesidades que demanda.

Cumplamos el deber de hombres

cultos, y al movernos en el sentido de satisfacer las necesidades como las que el Hospital representa, hagamos la obra por completo y fijémosnos en sus menores detalles para que podamos experimentar el natural regocijo de haber realizado el verdadero bien.

En la actualidad, contamos con un servicio médico especial que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades sexuales específicas de la mujer dedicada al comercio carnal, y, como quiera que no se dedica atención alguna al hombre que conservando su infección la lleva á todas partes, resulta, sinó ineficaz el servicio, por lo menos incompleto y sin resultados prácticos.

Por esto es necesario proveer para la terminación de las diferentes secciones del Hospital, siendo una de ellas la que se destinaría al tratamiento de esas infermedades incluyendo hombres y mujeres.

La influencia de las infecciones gonococicas y sifilíticas sobre la sociedad, es bien notoria. Apenas si habría de esforzarme para demostrar esa influencia, desde la fundación de los hogares, base sobre la que se levanta aquella, y que, además de los sufrimientos físicos que la mujer soporta ignorando la esencia de su causa, determina en la prole un sello de degeneración que tiende al aniquilamiento de las razas aparte de las graves complicaciones que atacan los órganos internos y dan lugar muchas veces á la muerte.

Los médicos de los distritos cumplirán en sus respectivos puestos, su misión, prestarían sus servicios con el dispensario, los destinados á San Juan, y en los consultorios de Puerta de Tierra y Santurce los encargados de los mismos, quienes recomendarían á los pacientes que sufren alguna enfermedad especial, que acudan al dispensario á la hora que corresponda á dicha especialidad.

Los médicos, en sus distritos, cumplirían su cometido, acudiendo en todo caso de urgencia y dispondrían el ingreso en el Hospital de todo paciente que deba recibir una asistencia regular, prohibiéndose la asistencia médica domiciliaria por cuenta de los fondos del municipio.

Existe una Ordenanza aprobada por el Gobernador y aún no puesta en vigor totalmente, por lo que se dispone el procedimiento para hacer la inscripción de los verdaderamente necesitados y creo conveniente se solicite y estudie para resolver sobre la conveniencia de pedir al Ejecutivo se declare én vigor.

DISPENSARIO DE SAN JUAN.

HORAS DE CONSULTA.

De 9 á 10 a. m.—Enfermedades de los niños; enfermedades del aparato respiratorio.

De 10 é 11 a. m.—Enfermedades de la naríz, garganta y oidos; enfermedades secretas y riñones.

De 11 á 12 a. m.—Enfermedades de los ojos; enfermedades del utero y anexos.

De 2 á 3 p. m.—Enfermedades de la sangre; enfermedades del, hígado é intestinos.

De 3 á 4 p. m.—Enfermedades del corazón. Cirujía. (Afecciones quirúrgicas.)

De 4 á 6 p. m.—Enfermedades del sistema nervioso. Laboratorio. (Exámenes.)

Personal para el dispensario.

2 practicantes.

2 Nurses.

Prestarán servicio por la mañana de 9 á 12 un practicante y una nurses, y por la tarde, de 2 á 5 un practicante y una nurse, con $30 mensuales cada uno.

Dos mozos para la limpieza de los locales á $15 mensuales. Para material $100 mensuales.

Instalación. Cuatro gabinetes y un salón y servicios sanitarios, se calculan de 2.500 á 3.000 dollars.

La atención que representa el servicio ó los servicios incluidos dentro del término "Beneficencia Municipal", que con obras públicas y acueducto comprenden actualmente toda la gestión municipal, debe ser la preferentemente considerada y satisfecha porque de ella depende el mayor bien que de nuestras gestiones deriva el mayor número de ciudadanos. Ella envuelve el problema de la salud general, puesto que los médicos del servicio de beneficencia pública en sus diferentes ramas, pueden hacer higiene; practicar en una palabra sanidad social, y adoptar ó aconsejar disposiciones de utilidad para el conjunto.

Resumiendo: Ampliación del Hospital; instalación de un Dispensario público; organización del servicio de beneficencia sobre la base de la hospitalización de los enfermos que sean acreedores á esta asitencia, llegándose al conocimiento de la población insolvente por medio de la Ordenanza que regula el servicio de asistencia á los enfermos pobres y fué votada en 20 de Octubre de 1909 debiendo declararse en vigor para obtener una regularización del servicio que se impone en los actuales momentos.

En conexión con estas ideas debemos reconocer toda la importancia que envuelve la creación de una Oficina de Beneficencia municipal, no solamente por el trabajo y atenciones que demanda, sinó por su carácter esencialmente técnico; y así como cada sección municipal tiene su oficina y su Jefe que la dirije, asi también la Oficina de Beneficencia Municipal debe estar dirijida por un profesional médico, que tendrá á su cargo todas las dependencias de esa rama de la administración; y organizando los diferentes servicios que comprende, se garantizaría de una manera absoluta y eficaz su funcionamiento.

El año 1911 en el mes de Julio pasó á formar parte de un departamento Insular, el Organismo Sanitario cuyas funciones hasta entonces desempeñaban los municipios. Hasta aquella época existió la Oficina de Sanidad y Beneficencia Municipal. Separada la Sanidad de la Beneficencia, ésta, quedaba subsistente y entendemos que hoy es nuestro deber reconocer la vigencia de tal departamento municipal de beneficencia, para resolver acerca de su rehabilitación estableciéndose desde luego una Oficina de Beneficencia Municipal que se encargue de todo cuanto concierna á ese

servicio, tanto en lo técnico, como en lo administrativo y creándose á tal fin los cargos que fueren necesarios.

Dicha Oficina tendría á su cargo los siguientes servicios.

a Hospitales Municipales.
b Asilos.
c Servicio de asistencia á enfermos pobres.
d Registro general de pobres.
e Médicos municipales.
f Cuartos de socorro.—Dispensario.
g Practicantes.
h Farmacias municipales.
i Ambulancias (Servicio de)
j Servicio de Cementerios y conducción de cadáveres de los pitalesy asilos.
k Hospital espcial de mujeres.
p Personal y material de todos los departamentos.

———

NOTAS VARIAS.

W. N. Derewenko. **Experimentos sobre la tuberculosisis por inhalación.** (*Arbeiten auf d. Geb. d. Pathol. Anat u. Bacter.*, 911. t. VII, cuad. 3, pág. 433.)—El autor experimentó en conejillos de Indias y empleó como materias de inhalación una suspensión en agua destilada de un cultivo virulento de bacilo tuberculoso humano. La sespensión tenue asociada á la inhalación prolongada se mostró mucho más eficaz que la inhalación breve de suspensiones concentradas.

El autor deduce:

1o. Los bacilos tuberculosos inhalados penetran en las más delicadas ramificaciones bronquiales: no puede, no obstante, decirse que parte del total de bacilos inspirados penetra en la parte más profunda de las mismas, no habiendo practicado para ello número suficiente de observaciones.

2o. Los bacilos inhalados atraviesan la mucosa de las vías respiratorias superiores y del intestino, como se comprueba por la tumefacción específica de los ganglios linfáticos regionales y la presencia de bacilos en el espesor de la mucosa faríngea y de pequeñas úlceras tuberculosas en la del intestino.

3o. El cuadro anatomopatológico de la tuberculosis pulmonar experimental por inhalación no corresponde al de una tuberculosis aerógena aguda ni crónica, sino al de una tuberculosis hematógena en la cual no está solamente interesado el pulmón sino todo el organismo.

E. Leschke. **Sobre la solubilización del bacilo tuberculoso y sobre la producción de anticuerpos específicos con soluciones de bacilo tuberculoso.** (*Münch. med. Woch.*, 1911, No.11)—Deycke y Much, en 1908, consiguieron disolver los bacilos tuberculosos. Mas en la solución por la neurina, si bien era rápida y completa, las substancias inmunizantes del bacilo tuberculoso resultaban sumamente alteradas. Era conveniente encontrar un medio para disolverse los bacilos tuberculosos sin atacar las substancias inmunizantes.

Con este fin el autor ha estudiado una serie de substancias, que son ácidos orgánicos y bases; encontró que la mayor parte de los ácidos examinados, especialmente el ácido láctico-citrónico, mesotartárico dextro y levogiro, paratartárico, glicurónico, hipú-

rico, crotónico y la dimetilamina básica, poseen la propiedad de disolver los bacilos tuberculosos en solución al 1 por 100 y en el espacio de algunas semanas. El autor obtiene soluciones de bacilo tuberculoso que en 10 gramos de solución ácida (al 1 por 100 ó sea solución tipo) contienen 5 gramos de substancia bacilar. Dicho más exactamente, hecha excepción para el ácido glicurónico, no se trata de una verdadera solución sino de una descomposición de los bacilos; la albúmina y grasas pasan al líquido comunicándole aspecto lactescente.

Completamente insoluble, queda un sedimiento de una substancia que, con el Gram ó el Ziehl, no demuestra contener ni gránulos de Much ni bastoncitos. Este contiene la substancia inmunizante del virus tuberculoso; por inyección subcutánea origina una fuerte producción de anticuerpos.

A distancia de una semana, una de otra, el autor practicó inyecciones de bacilos tuberculosos en ácido láctico (I c3 por inyección) y ya desde la primera inyección pudo, con la desviación del complemento, demostrar una evidente formación de anticuerpos que aumentaba después de cada inyección.

P. H. Roemer. **Crítica y contra-crítica de la doctrina de la tisiogénesis.**—(*Beitr. z. Klin. d. Tuoerk.*, vol. 22, No. 3.)—Aun que las enfermedades tuberculosas son relativamente raras, las ocasiones de infectarse de tuberculosis son tantas que casi tods los hombres enel transcurso del período de la infancia son infectados. Una gran parte de los individuos infectados mueren en la infancia agudamente; aquellos que sobreviven presentan mayor resistencia contra la infección tuberculosa.

La inmunidad contra la tuberculosis no consiste en un poder de destrucción de los bacilos que han penetrado, sino en la capacidad de disminuir su facultad de desarrollo, si por condiciones especiales, por ejemplo, por enfermedades debilitantes, los bacilos que se encontraban en el interior del organismo pueden multiplicarse y desarrollarseen un grado contra el cual no es suficiente el grado de inmunidad del organismo, se desarrollan nuevos fenómenos morbosos tuberculosos. Condición local predisponente para el desarrollo de focos pulmonares secundarios metastáticos es quizá el llamado tórax paralítico.

Desde el punto de vista práctico de la lucha contra la tuberculosis, se desprende de estas consideraciones la necesidad de evitar las infecciones graves de la infancia; la naturaleza después, en las condiciones en que se vive en Europa, origina una especie de vacunación provocando una débil infección tuberculosa primitiva.

PROFILAXIS EN LOS HOSPITALES.

(DE N. Y. MED. JOURNAL)

Mayo 10, 1913

L. D. Trescolu escribiendo en el N. Y. Med. Journal pide que tratemos de conservar los más altos ideales en los hospitales, es decir, que en ellos tratemos de tener á la mano la última palabra en la Medicina:

Toda clase de precauciones deben tomarse para evitar epidemias en los hospitales; y siempre se debe estar alerta para que no ocurra ningún accidente.

Debe escogerse con mucho cuidado el anestésico que se ha de usar en cada operación, y deben tomarse medidas para que haya economía en el uso de ellos.

La posibilidad de una equivocación al dar las medicinas, debe tenerse en cuenta y se deben usar todos los medios para evitar esto. Una serie de ordenanzas en cuanto á la ventilación, el uso del baño, agua hervida, alimentos puros y suficiente ejercicio elevarían la institución mucho, tanto en los ojos de los que están al frente de ella como ante el público. Varios detalles que parecen insignificantes deben tenerse en cuenta, por ejemplo: poner tela metálica para evitar las moscas, sin dilación cuando llega su época y usar todos los medios de matar *las pocas* que hayan penetrado ya en el Hospital, y de este modo evitar la propagación de enfermedades nocivas; tener cuidado de que en los alrededores de los Hospitales no haya acumulaciones de basuras y de que éstas sean retiradas con prontitud para evitar la propagación de gérmenes; tener un control absoluto sobre los visitadores para evitar que traigan consigo contagio (¿); y control sobre el "staff" de la institución para poder obtener un servicio rápido, serio y eficiente.

NOTAS PERSONALES.

Nuestro distinguido compañero el doctor Narciso Dobal, ha pasado varios días enfermo en su residencia de Santurce.

Nos alegra saber que la dolencia no fué de cuidado y que ya se encuentra fuera de toda novedad.

El doctor Otis y su señora, han pasado algunos días en Washington, atendiendo á varias asambleas de Sociedades Médicas, visitando á la vez importantes clínicas en varios hospitales.

Mientras su visita en la ciudad de Washignton, se reunieron varios médicos, con el fin de formar una asociación para el estudio de las enfermedades tropicales.

El doctor Otis pasará á Minnisota para atender la Asamblea anual de la Asociación Médica Americana.

La Asociación Médica de Puerto Rico, acaba de perder uno de sus más valiosos miembros con el fallecimiento del doctor don Esteban García Cabrera.

La Asociación Médica de Puerto Rico, envía á su distinguida familia y en particular á su hijo, el doctor don Esteban García Cabrera, el pésame de condolencia y une su sentimiento á tan sensible pérdida.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

PUBLICACIONES RECIBIDAS.

Boletín Oficial de la Direceión de Sanidad de Puerto Rico.

Anales Médicos de Puerto Rico.

Revista de Medicina y Farmacia de la provincia de Murcia, España.

Revista Vegetariana Naturalista de Barcelona, España.

Medical Record.—New York, Estados Unidos.

Archivos del Hospital Rosales de la República del Salvador, C. A.

Gaceta Médica Catalana. Barcelona, España.

Boletín del Consejo Nacional de Higiene. Montevideo, República del Uruguay.

The Journal of the American Medical Association. Chicago, Illinois.

Revista de Medicina y Cirugía Práctica. Madrid, España.

Le Journal Medica Fran-ais. París, Francia.

Gacette Medicale de París, Francia.

Revista Terapéutica de Los Alcaloides. París, Francia.

Directorio de los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

DISTRITO DE SAN JUAN:

B. K. Ashford..........San Juan.
F. Aguirre.............. Guainabo.
J. H. Amadeo..........Vega Baja.
J. Avilés................San Juan.
J. Flores Arrieta......Río Piedras.
A. Bou de la Torre........Corozal.
J. C. Barbosa...........San Juan.
J. Belaval...............San Juan.
L. L. Biamón...........San Juan.
G. Curbelo.............San Juan.
J. M. Cueto..............San Juan.
José N. Carbonell.......San Juan.
G. Carreras ....San Juan.
J. Chacar .... San Juan.
A. Carbonell............San Juan.
N. Dobal................San Juan.
E. Font y Guillot........San Juan.
M. Fernández Náter.....Bayamón.
M. Fossas ....Bayamón.
I. González Martínez ....San Juan.
E. García Cabrera Jr....San Juan.
F. González ....San Juan.
P. Gutiérrez Igaravidez ..San Juan.
S. Giuliani.............San Juan.
J. Gómez Brioso........San Juan.
W. A. Glines............San Juan.
L. Figueroa ....Bayamón.
Vicente Roubre........Río Piedras.
F. de Juan..............San Juan.
A. Janer Palacios........San Juan.
J. A. López Antongiorgi.San Juan.
A. Lacasa...............San Juan.
R. López Sicardó........San Juan.
J. Lugo Viña............San Juan.
W. F. Lippitt......... San Juan.
J. Monagas......... ..San Juan.
F. Matanzo......... ..San Juan.
G. Muñoz Díaz.... ....San Juan.
J. Marcano...........Río Piedras.
A. Molina de St. Remy. San Juan.
J. S. Morales...........Vega Baja.
A. Martínez Alvarez.. San Juan.
L. D. Otero..............Toa Alta
L. P. Pereira Leal..... Guainabo.
M. Quevedo Baez........San Juan.
S. Ross.................San Juan.
M. O. de la Rosa..........Comerío.

A. Santana Náter.......San Juan.
J. E. Saldaña.. ....San Juan.
M. M. Seixas...........San Juan.
Jorge del Toro.........San Juan.
C. Vogel............. San Juan.
E. Verges Casals........San Juan.
R. Vélez López ....San Juan.
A. Vallecillo...........San Juan.
F. del Valle Atiles.......San Juan.
M. R. Zavala ....San Juan.
P. Malaret Jr...........San Juan.
Palmira Gatell..........San Juan.
P. del Valle Atiles ....San Juan.
J. A. Vázquez...........San Juan.
W. R. Watson..........San Juan.
J. Guzmán Soto.........San Juan.

DISTRITO DE ARECIBO:

F. Alemán .... Arecibo.
F. A. García................Camuy
A. Gaztambide !. ....Arecibo.
M. Herrero .... Ciales.
M. Martínez Roselló....... Arecibo.
M. Roses Artau ....Arecibo.
P. Rivera ....Morovis.
F. Susoni.......... .... Arecibo
R. Vergne Cástelo .. Barceloneta.

DISTRITO DE AGUADILLA:

J. Benet ....Lares.
A. Diez ....Lares.
J. E. Igartúa ....Aguadilla.
B. Jiménez Serra.........Aguadilla.
M. Rodríguez Cancio.. San Sebastián
J. Reguero Feliú .....Quebradillas.
A. Torregrosa ....Aguadilla.

DISTRITO DE MAYAGUEZ:

P. Perea Fajardo.......Mayagüez.
W. W. Creswell.........Mayagüez.
M. Dueño ....Añasco.
C. Hernández ....Mayagüez.
R. U. Lange ....Mayagüez.
F. Martínez...........Las Marías.
G. Martínez Guasp......Mayagüez
A. Oms. ....Maricao.
L. F. Santos............Mayagüez.
F. Tió ....Sabana Grande.
Luis D. Vadí...........Mayagüez.
F. Vilella Vélez........Cabo Rojo.
Pascual A. Rivera ....San Germán.
L. García de Quevedo, San Germán.
M. Guzmán Rodríguez .. Mayagüez.

DISTRITO DE PONCE:

J. R. Audinot...............Ponce.
J. Ferrer Torres ....Ponce.
A. Mayoral ....Yauco.
R. Gatell ....Yauco.
M. Garratón ....Ponce.
A. García ....Juana Díaz.
J. González...........Juana Díaz.
P. Hernández ....Ponce.
R. López Nussa.............Ponce.
P. Malaret ....Ponce.
E. F. Otis ....Peñuelas.
Ch. Gil Ponce de León ......Yauco.
M. de la P. Iglesias.........Ponce.
A. Pietri ....Ponce.
D. Pérez Marchán ....Ponce.
F. Suárez ....Ponce.
G. Salazar ....Ponce.
V. Santoni .... Ponce.
Alvaro Santaella ....Ponce
J. Suárez ....Ponce.
G. Vives ....Ponce.
G. Villaronga ....Ponce.
Osvaldo Goyco ....*Ponce.*

DISTRITO DE GUAYAMA:

A. Buitrago ....Patillas.
J. E. Berríos ....Yabucoa.
J. G. Bajandas ....Maunabo.
G. S. Bremot............Guayama.
E. Canino ....Aibonito.
E. Coronas ....Barranquitas.
V. Gutiérrez Ortiz ....Caguas.
J. Martí Cuyar ....Cayey.
D. Román Díaz..........Yabucoa.

A. Villeneuve .... Cayey.
L. Igaravidez .... Guayama.

DISTRITO DE HUMACAO:

J. Barreras .... Juncos.
F. B. Cordero .... Caguas.
G. Carreras .... Viéques.
F. Díaz Costa .... Viéques.
J. A. Díaz............... Fajardo.
E. García Lascot .... Humacao
C. García del Valle........ Juncos.
A. Márquez .... Aguas Buenas.
S. Veve .... Fajardo.
R. Mora Vaamonde ...... Fajardo.
A. Paniagua .... Gurabo.
P. J. Palou .... Humacao.
P. Ramos Casellas .... Caguas.
I. Vidal .... Humacao.
Felipe Vizcarrondo ...... Fajardo.
Alfonso Paniagua .... Gurabo.
M. Lamela .... Río Grande.
C. Fernández .... Carolina.
L. C. Boneta .... Río Grande.
J. Aubray .... Carolina.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

IX | JULIO 1913 | NUMERO 92.

QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO

ERROR DE DIAGNOSTICO

DE LA CLINICA MEDICO - QUIRURGICA
DRS. VADI Y PEREA
MAYAGUEZ, P. R.

Varios han sido los casos de quiste hidatídico del hígado sometidos á nuestra consideración en los últimos años de nuestra práctica quirúrgica; pero de ellos, solo uno vamos á reportar, por haber sido los demás de fácil diagnóstico y no querer de ningún modo cansar la atención de nuestros compañeros y amigos que nos leen.

El caso que origina esta observación, es el de una jóven de 27 años, blanca, casada y natural de Isabela. Se llama Asia G., y ha gozado con anterioridad á esta fecha de una salud perfecta. El caso fué referido á nosotros por nuestro compañero el reputado médico Dr. Martinez Guasp.

HISTORIA DE LA ENFERMA

El origen de su enfermedad se remonta á dos años, según ella, habiendo empezado su novedad con los síntomas generales de una dispepsia hasta un año ó menos que empezó á notar el abultamiento de su vientre.

Esta enferma, como he dicho antes, es casada, ha tenido dos hijos, su menstruo es fisiológico, y solo ha sufrido las enfermedades propias de la niñez.

El exámen de la enferma nos dá el resultado siguiente:

Determinación de un tumor regular ovoideo y fluctuante extendido ya por el flanco é hipocondrio derecho, mas elevado en la mitad del vientre. En toda la superficie ocupada por el tumor el sonido á la percusión era sonoro.

Por el tacto vaginal, se comprobó, que el útero estaba en retroversión, y á través de los fondos vaginales anterior y derecho, se tocaba una tumoración fluctuante. No fué posible percibir los anejos.

Nuestra enferma quejábase también de alguna dísnea con desórdenes digestivos y gástricos.

El exámen de la orina fué negativo.

El exámen de la sangre como sigue:

Hemoglobina 70%, Eritrocitos 3.-900.000 por milímetro cúbico y Leucocitos 10.000 por milímetro cúbico.

DIAGNÓSTICO

En vista de estos datos formulamos el diagnóstico de *Tumor Quístico del Ovario,* pues no parecia ser otra cosa un tumor que había adquirido en tan corto tiempo un volúmen tan considerable; tumor que ocupa la parte inferior de la cavidad abdominal, sin relaciones apre-

ciable con el hígado, siendolo solamente por la vagina.

Es verdad, que en este caso el diagnósitco diferencial tenía que hacerse con tumores de otro órgano que no fuera la matriz, porque ésta se aislaba perfectamente, y entre los que pueden ser asiento de estos tumores, mesenterio y el epiplón suelen ofrecerlos con caracteres capaces de confundirse con el quiste que nos ocupa. Sinembargo, los tumores del mesenterio se distinguen principalmente por su excesiva movilidad, por el relieve central que dan á la región umbilical y por la zona de sonoridad que presentan por delante y en su parte superior. Mas fácil de confundirse con un tumor del epiplón; éste no suele encajarse en la excavación perviana como lo estaba el de nuestra enferma, y es también más facilmente movible.

Nunca pudimos pensar en el quiste hidatídico del hígado, pues si en verdad estos evolucionan por regla general como un tumor benigno, frio y lentamente, sin ocasionar grandes dificultades y molestias, el exámen practicado y la *facies ovárica* de su fisonomía, nos hizo caer de lleno en el diagnóstico ya esatblecido y operamos nuestra enferma por un quiste del ovario derecho.

OPERACIÓN

Preparada la enferma como para toda laparatomía y acompañados de nuestro compañero el Dr. Martinez; encargado de la anestesia clorofórmica practicamos la operación el 25 de Octubre del año pasado del siguiente modo:

Incisión de la pared abdominal en la linea media, región infraumbilicial, habiendo sido necesario extenderla hácia

arriba algunos traveses de dedo sobre el ombligo para poder desprender facilmente la vesícula madre de la pared del quiste.

El tumor estaba adherido al perítoneo con el que se confundía, y este también formaba cuerpo con la fascia transversal. Como decia antes se prolongó la incisión hasta más arriba del ombligo, despegando asi un poco la extensa superficie del tumor adherido á la pared abdominal, teniendo ya á la vista una gran superficie del tumor que ofrecía los caracteres siguientes: color blanco, y vinoso en algunos puntos; la cubierta quística era gruesa. Introdujimos entonces un trocar, saliendo asi un líquido espeso, verdoso obscuro, con detritus membranoso que tenian alguna semejanza con los hidatides muertos, resultando ser éstos, después de un exámen microscópico.

Vaciado el quiste de todo su contenido, estirpamos la bolsa germinal, como podrá verse en la adjunta figura, procediendo entonces á ocluir la periquística, dejando el drenaje consiguiente.

El quiste asi vaciado contenia diez litros de este líquido obscuro verdoso, y á pesar de nuestras dudas y temores, la enferma curó en 35 dias con solo una pequeña supuración de la herida.

El tumor, pués, resultó ser UN QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO POSTERO INFERIOR con adherencias intestinales y cuyas condiciones especiales explican la aparición de los síntomas negativos que nos indujeron al error del diagnóstico, confusión que ha tenido lugar muchas veces y por los maestros más eminentes desde que se empezó á practicar la cirujía abdominal.

---o---

QUISTE HIDATIDICO PELVIANO DE ORIGEN OVARICO

CASO REPORTADO
DE LA CLINICA MEDICO - QUIRURGICA
DOCTORES VADI Y PEREA
MAYAGUEZ, P. R.

Admitido y comprobado que el Equinococo puede germinar en todos los tejidos del organismo, de igual suerte que en el hígado, nada de extraño tiene el que se le encuentre á veces en la cavidad pélvica.

Llevando á la sangre esos gérmenes, éstos pueden tomar asiento en cualquier parte del organismo y alli desarrollarse con más ó menos dificultad según la resistencia que le pongan los tejidos; asi pues, en tanto que ginecólogos de extensa práctica dicen no haber visto ninguno de estos casos, otros los han encontrado con tanta frecuencia como Fround, que en 25 años vió 18 casos y Schanat, que en 13 años encontró 9 casos; como se vé, pues, la presencia de quistes hidatídicos en la cavidad pelviana, SI NO ES muy corriente, deja de ser tampoco una novedad.

"Los quistes primitivos anidan según Fargas en el tejido celular pelviano, en cualquiera de sus regiones. Aparecen generalmente de los 20 á los 40 años y lo mismo se encuentran en nulliparas que en multiparas. Su implantación es muy variable; parece ser que uno de los sitios de predilección es el fondo de Douglas y los ligamentos anchos, pero pueden encontrarse en cualquier sitio del tejido celular. Su volúmen es muy variable: desde un huevo de gallina á la cabeza de un adulto y aún más."

"Su textura puede ser mono ó policística, teniendo en este último caso un número variable de vesículas".

"Su evolución es lenta como los de las demás regiones, latente é indoloro, llamando la atención por su volúmen ó por los fenómenos de compresión que determinan según su localización".

"Su diagnóstico es muy difícil y se confunde con otras producciones quísticas de la pelvis, con mayor motivo en cuanto el síntoma, que á veces puede ser patognomónico, es muy frecuente en los tumores ováricos complicados de peritonitis".

"Unicamente la punción puede llevarnos á un diagnóstico seguro".

Hemos, pues, copiado á Fargas en lo que se refiere á los quistes hidatídicos de origen pelviano y nos ha movido á publicar observación el hecho, de no haber podido encontrar literatura alguna sobre los quistes hidatídicos del ovario,

lo que hace en nuestra opinión este caso de alguna novedad. La enferma que nos ha reservado tal hallazgo se llama Vicotria D., de 48 años de edad, blanca, casada, y con cuatro hijos todos en buen estado de salud. No ha padecido jamás trastornos en su menstruo y, hace cuatro años, este se había retirado por completo. Desde esta época precisamente empiezan sus achaques, que relatados por ella son los siguientes: dolores pélvicos leves de principio, fuertes después de un año, é irradiados á la pierna derecha, trastornos digestivos y aumento de volúmen del vientre en la región pélvica más á la derecha; después de los dos años, todos estos fenómenos fueron acentúandose apareciendo ultimamente trastornos vesicales, rectales y nerviosos:

Entre los primeros, teniamos retención de orina, entre los segundos, defecación difícil, y entre los terceros, acentuación más manifiesta de los dolores pélvicos irradiados hoy á toda la pelvis.

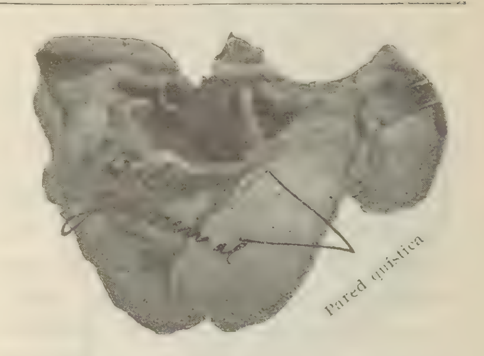
EXAMEN FISICO

El tacto vaginal descubre inmediatamente un tumor irregular con abolladuras en el fondo de saco posterior, el útero dislocado hácia el pubis; el tumor era voluminoso y consistente y ocupaba mayor localidad en la región iliaca derecha.

El exámen de la orina sólo revelaba trazas de albúmina.

El exámen de la sangre es como sigue:

Hemoglobina 65%; Eritrocitos 3-400.000 por milímetro cúbico, y Leucocitus 8,000 por milímetro cúbico.



Con todos estos síntomas diagnosticamos el caso de QUISTE ALVEOLAR DEL OVARIO DERECHO y procedimos á la operación dos dias después de este reconocimiento.

OPERACIÓN

Incisión media infraumbilical.—Estirpación sin contratiempos, á pesar de las adherencias de un tumor como el que se vé en la adjunta figura, el cual, después de examinado su contenido probó ser un quiste hidatídico del ovario de capacidad de cuatro litros de líquido.

Su contenido es un líquido turbio, encerrando elementos sólidos en estado de degeneración que forman una especie de magma. Por medio del microscopio pudimos determinar los ganchos que armaban las cabezas de los equinococos. Los hidátidos, pues, estaban muertos.

La enferma curó sin contratiempo, y á no ser por una pequeña infección de la herida abdominal, hubiese sido dada de alta al décimo quinto día; sinembargo, á los veinte y dos dias de operada se retiró á su casa perfectamente curada.

Como se verá, pues, el error de diagnóstico dificilmente inevitable, en nada alteró el proceso operatorio, que es igual para todos los casos de quiste del ovario.

LAS CLINICAS DEL MUNICIPAL

APENDICITIS AGUDA

Acto operatorio. Varón; número de orden, 1068; de 25 años de edad, color blanco.

Dr. Toro: Señores, el enfermo que tenemos para ser operado esta noche no viene por primera vez á la mesa de operaciones; no hace mucho le operé también de noche por haber recibido una herida de bala he intervine temiendo que el proyectil hubiera causado algún daño en el hígado. La bala atravesó el brazo derecho, penetró por la línea axilar media al nivel de la octava costilla y no se encontraba orificio de salida. Hice la exploración penetrando en la cavidad peritoneal por el borde externo del recto abdominal derecho, y encontré que el proyectil había corrido por entre las costillas, penetrando el abdomen por frente á la cara superior del lóbulo derecho del hígado y se había incrustado al lado derecho del ombligo si haber llegado á atravesar la piel. Pasó por la cavidad sin hacer el menor daño á ningún órgano de importancia. Aquella vez el enfermo sanó sin el menor incidente.

Cuando esta tarde escribí en el *record* de este enfermo el diagnóstico de "apendicitis" y la orden de preparar para operación esta noche á las 8 p.m. fuí mirado con dudas acerca del examen de sangre en el presente caso. En realidad los signos físicos de este enfermo son muy dudosos; no hay resistencia abdominal; se puede hacer presión con bastante fuerza sobre el punto de Mc. Burney sin causar gran dolor; no hay empastamiento; el doblez inguinal derecho está más llano que el izquierdo, pero hay en él algunos infartos ganglionares aunque pequeños; la espina iliaca derecha se nota menos que la izquierda, hay cierto grosor de la fosa iliaca: y esto ha dado á pensar esta tarde que pudiera tratarse de un abceso en esta fosa pero esta clase de abcesos no tienen este curso tan rápido, y además el enfermo tenía esta tarde sus dos muslos muy bien estirados.

El caso presente empezó el domingo por la mañana, hoy es miércoles, así es que hacen tres días y medio. Veamos el curso del caso: dolor, luego fiebre y después vómitos; el dolor localizándose hacia la fosa iliaca derecha y región lumbar del mismo lado. El enfermo ha dicho claramente que ha tenido tres escalofríos, dos el martes y uno hoy; esto es de mucha importancia, la fiebre no empezó con escalofrío, el escalofrío vino después de la fiebre. Los escalofríos son peligrosos en la apendicitis, cuando ocurren, es demostración de que la absorción es rápida y no por el mesenterio sino por el tejido sub-peritoneal. Ustedes verán como encontramos el apéndice adherido á la pared posterior del abdomen, sobre la fascia lumbar muy cerca del límite superior de la fosa iliaca.

Hace tiempo que prefiero hacer la incisión por el músculo recto, pues tiene la ventaja de poderse trabajar por ella con mucha más facilidad;

se incinde la fascia anterior del músculo un poco hacia dentro de la línea semilunar; cuando tenemos expuesto el músculo se separa hacia adentro con un separador romo, y la fascia transversal se incinde á nivel de la incisión de la fascia anterior de manera que al saturar, el músculo queda entre las dos suturas de las fascias dejando de éste modo una pared muy resistente. Sin embargo la incisión tiene sus inconvenientes pues se ve uno obligado á cortar los nervios q. suplen al músculo recto; he cortado dos, y ustedes han visto como se contrajo el músculo bruscamente.

El intestino está casi vacío de aire y contenido y podemos separarlo fácilmente; el ciego aparece enseguida y aparentemente está bien; de su parte inferior posterior sale el apéndice, el cual como veis se encuentra sano en su base y por espacio de dos pulgadas más, pero acérquese y verán como su final está sembrado en el peritoneo posterior sobre la fascia lumbar dorsal. La adherencia son tan fuertes que hay que incidirlas, más bien que adherencias son redobles de peritoneo. La dirección del apéndice es hacia arriba.

El Dr. Vallecillo dice que el Dr. López Sicardó nunca nos trae más que casos malos y para que los tengamos que operar por las noches; á lo cual contesta el Dr. López que al menos debemos agradecerle que sus diagnósticos caen siempre en lo cierto.

El Dr. Aviles encuentra el mesoapéndice ser muy escaso en este caso y dice que ha encontrado siempre más difíciles las apendidectomías cuando se encuentra esta condición.

Dr. Toro: Hay un pequeño abceso por detrás del ciego que aparentemente comunica con el espacio retroperitoneal; ésta es la causa de los escalofríos. El apéndice tiene una perforación en su final. Ha quedado una cavidad bastante grande en donde se separó el apéndice y donde se encontraba el abceso, dejaremos hasta allí un drenaje. El tiempo de excisión del apéndice va siendo completamente fácil, al igual de cuando resecamos un apéndice sano. Haremos un ojal justamente por la línea semilunar para dar salida al drenaje.

Este es el tercer caso en que encontramos el apéndice cogido en el peritoneo parietal. Parece que este órgano se introduce en alguna de las reduplicaciones retroperitoneales que algunas veces se encuentran.

Nota: El enfermo hizo una convalescencia sin el menor accidente, levantándose á los 11 días y dejando el Hospital á los 15 días de haber sido operado.

LAS VENTAJAS DEL VIDRIO AMARILLO ANARANJADO EN LAS AFECCIONES DE LA VISTA.

(Del "Inder Medical")

Traducido por el Dr. J. Monagas.

Juzgando que las consideraciones que pasamos á exponer deben ser vulgarizadas haciendolas conocer del público en general, nos apresuramos á traducir un artículo del Dr. Olés, tomado del "Yndex Medical" que vendrá á dar á muchos una explicación satisfactoria en

el cambio que se observa en el uso de los cristales ahumados, por los amarillos-anaranjados que los van sustituyendo con tan notables ventajas.

PARA PROTEJER NUESTROS OJOS EN EL ESTIO

El Estío ó verano, cuenta con infinidad de enemigos de nuestros ojos. De una parte, el sol ardiente que á las personas de ojos sensibles le producen un pardádeo molesto, bajando aceleradamente los párpados para disminuir la cantidad de luz viva que penetra en los ojos: de otra, el calor del sol que produce rojeces, é inflamaciones conjuntivales, así como el polvo, que constituye el segundo enemigo de los ojos, que sino es levantado por el viento, el automobilismo inventado para arruinar las joyas del campo, se encarga de reemplazarlo, cuando no le hay, con tanta generosidad á diario prodigado. Y á estas causas se deben agregar los pequeños insectos, con sus incontables variedades, y los granos vegetales que todos á porfía contribuyen de un modo cierto á irritar, y contusionar, nuestros pobres globos oculares.

De aqui nace un justo deseo de protección para los ojos; las damas llevando en sus rostros velos, y velillos, y el automobilista, por temor á las piedrecillas de las carreteras, usando de sus protectores, cumplen á satisfacción con ese cuidado.

Por mucho tiempo los cristales ahumados fueron empleados con el objeto de proteger los ojos, pero con justa razón se ha reconocido que ellos dañaban la vista, que oscurecen los objetos, y que tienen graves inconvenientes para la agudeza visual. Esta clase de cristales han sido reemplazados por el de color amarillo, que proporciona los más agradables y placenteros efectos de luz, reuniendo la ventaja de ser el mejor de las "conservas"

El vidrio amarillo tiene la propiedad de aumentar considerablemente la luz, endulzandola al mismo tiempo: si el cielo es demasiado claro, si el sol luce con toda la intensidad de su pureza, el cristal amarillo disminuyendo suavemente los efectos de aquella hace reposar el ojo, no fatigando la retina, y el movimiento de defensa, conocido por párpadeo, que á veces se hace molesto, ni siquiera se inicia. Si por el contrario, el horizonte está oscurecido por las nubes, la neblina, ó la lluvia, el vidrio amarillo anaranjado ilumina los objetos, percibiendose una sensación de claridad seguida de calma, y esta doble sensación es más acentuada, si la intensídad de la luz es muy viva. Por último, otro de los beneficios del uso de estos vidrios, es que detienen los rayos del espectro químico, y los caloríficos, de modo que atenúa la acción del calor sobre nuestros ojos.

No es pués de extrañar que los cristales amarillos gocen en la actualidad de justa y merecida fama. Son útiles para todas las personas que tienen ocupaciones intelectuales, y que tratan de proporcionar descanso á sus ojos fuera de las horas de trabajo; muy convenientes también son, para los que pasan sus temporadas en las playas, en donde la irización de la espuma deslumbra por su intensidad así como á los partidarios de los viajes en autos.

Además, para los escursionistas de

las montañas es que estos cristales prestan gran interés. Se sabe como el reflejo del hielo, y de la nieve por el sol, proporciona sensaciones desagradables á la vista, habiéndose en las tropas alpinas sustituído el vidrio ahumado por el amarillo, para hacer desaparecer la fatiga ocular. En la Ciudad, debemos aconsejar el uso de estos cristales á todas las personas nerviosas, en los que el brillo demasiado vivo de los objetos les proporciona un mantial de agitación. Por otra parte, hay una categoría de personas en las que la retina demuestra una extrema sensibilidad; son los que sufren de hiperestesia retiniana, otras, presentan una pupila demasiado agrandada, y reciben á la vez demasiado rayos luminosos; en estos dos casos, debemos indicar el uso de los cristales amarillos, así como en aquellos sujetos que padecen de lesiones del fondo ojo, como coroiditis, retinitis, atrofia optica.

Mientras los vidrios azules, y ahumados, reducen la agudeza visual, los amarillos iluminan bien los objetos, delineándolos en sus más nímios contornos, por cuyo motivo deben ser aconsejados tanto á los enfermos de los ojos, cuanto á aquellas personas que deseen protejerlos: séamos prácticos, y no titubeemos al hacer la elección del cristal amarillo, cuando tengamos que ponerlo ante nuestros ojos. Rechacemos los vidrios amarillos que tienen una coloración verde, que no tienen las mismas buenas propiedades de los de color anaranjado: este, intercepta los rayos violetas, índigos, y azules del espectro solar (recordemonos del arco iris) y dejan pasar intactos los verdes, amarillos, anaranjados, y rojos, aumentando su intensidad.

De modo pues que, prescribiendo los vidrios amarillos anaranjados de los que muchos oculistas no son partidarios calumniándolos injustamente, habremos prestado un buen servicio á los que de ellos han de menester............y conste, que no nos guía interés en su venta.

LA AFILIACION
DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R.
A LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

En la asamblea anual de la Asociación Médica Americana celebrada en Minneapolis en Junio pasado, la Cámara de Delegados de dicha Asociación, mediante recomendación del Consejo Judicial de la misma, acordó acceder á la petición formulada por la Asociación Médica de Puerto Rico de ser admitida á formar parte de aquella Asociación. Desde esa fecha, nuestra Asociación viene á ser una de las asociaciones constituyentes de la Asociación Médica Americana al igual de las asociaciones de los Estados de la Unión.

Lo que acabamos de conseguir no ha sido obra de momento, y no estará de más hacer un poco de historia sobre este paso de avance por el cual nuestra Asociación crece á límites nunca soñados. La idea del engrandecimiento cient'fico de nuestra clase médica trabajaba en la mente de muchos de nosotros desde hace varios años, no podíamos conformarnos con estar atados dentro del Islote muy querido por cierto

pero falto de contacto; necesitábamos comunicación, y nada más natural que la buscáramos en la Asociacioón Médica Americana.

Los que hemos llegado á nuestra Isla de pocos años atrás, nos sorprendía grandemente la falta de regionalismo, sabíamos que en todo país del mundo había regionalismo, pero no lo encontrábamos aquí. Veremos ahora, si colocados al igual de las asociaciones de Estado, la competencia nos hace hacer valer lo nuestro, ayudando al que se esfuerza y tratando de abrirle paso á en vez de ponerle barreras.

He aquí los puntos más salientes en la historia de los trabajos llevados á cabo hasta conseguir la afiliación:

En Agosto de 1910, en asamblea celebrada en la ciudad de Ponce, fué derrotada la moción de que nuestra Asociación tratara de formar parte de la Asociación Médica Americana por no estar suficientemente estudiado el asunto.

En Diciembre de 1910, en asamblea celebrada en San Juan, fué aprobada la resolución de afiliación por una gran mayoría de los miembros presentes. Fué entonces nombrado un comité encargado de llevar á cabo la tramitación de los procedimientos necesarios para llevar á cabo la afiliación. El comité cumplió su cometido, presentando la petición de afiliación á la Asamblea Anual de la Asociación Americana celebrada en "Los Angeles" California, en Junio de 1911. No hubo error de procedimiento, pero la petición fué denegada fundándose en defectos de nuestro reglamento y con especialidad en algunos artículos en los que la Asociación de Puerto Rico dejaba á sus asociados en libertad para celebrar contratas profesionales. El Secretario de aquella Asociación envió entonces muestras de los reglamentos por los cuales debían regirse las asociaciones de condado y estado para que ellas fueran estudiadas por esta Asociación.

En otra Asamblea de esta Asociación celebrada en Aguadilla en Abril de 1912 se volvió á tratar del asunto, y se resolvió hacer una nueva petición de afiliación diciendo á la Asociación Americana que nuestro reglamento se había modificado quitando de él los artículos que se referían á contratas profesionales; pero como quedaba muy poco tiempo para la asamblea anual de aquella Asociación, y el trabajo de arreglar un nuevo reglamento no era cuestión de hacerla en pocos días ni de prisa, y además, como la Junta Directiva de esta Asociación no tenía poderes por sí para preparar y adoptar un nuevo reglamento, hubo de esperarse un año más hasta que en la Asamblea Anual de esta Asociación celebrada en San Juan en Diciembre de 1912, se adoptó el nuevo reglamento por el cual se rige hoy la Asociación y que fué enviado con la última solicitud de afiliación.

En 20 de Enero de 1913, la Junta Directiva de esta Asociación por medio de su secretario, empezó su correspondencia con el Dr. Alexander R. Craig, Secretario de la Aso-

ción Médica Americana. En la última asamblea de aquella Asociación, celebrada en Junio 16 á 20 de este año fué presentada por segunda vez la petición de esta Asociación de ser reconocida como una asociación constituyente de la Asociación Médica Americana. Por esta vez, la Cámara de Delegados de aquella Asociación, después de oir la opinión del Consejo Judicial, aceptó la solicitud de esta Asociación y la constituyó en asociación constituyente.

Todos los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico que deseen ser miembros de la Asociación Médica Americana, pueden hacerlo mediante una solicitud á aquella Asociación y el envío de cinco dollars anuales, los cuales incluyen la suscripción al "Journal of the American Medican Association." Es requisito indispensable para ser miembro de la Asociación Nacional el ser miembro de la Asociación de la Isla, y por lo tanto toda solicitud debe ir acompañada de una credencial del Secretario de esta Asociación.

CARTA DEL BRAZIL

Con motivo de enviar á ésta Asociación la publicación "Flora médica Bracileña", el Dr. Alfredo Augusto da Matta escribe la carta que á continuación insertamos, la cual por su pensar y por su estilo merece nuestro aplauso, dice así:

Exm. Sr. Dr. Presidente da Sociedad Medica de Puerto Rico.

A maioria dos medicos brazileiros nutre o maior desejo de estreitar relacóes profissionaes con os seus Illustrados Collegas dos paizes da America Latina. Vivemos isolados; ignoramos os progressos da Medicina realisados en cada paiz porque nas se faz o intercambio scientifico. E, no entanto, os medicos da Patria de V. Ea. occupasun digno logar na vanguardia dos obreiros daquella sciencia.

Eis porque apresentamos, Honrado Sr. Presidente, á titulo de admisas para socio correspondente da Ilustrada Sociedade que V. Ea. dignamente dirige, um dos nossos trabalos, agora publicado—Flora Medica Braziliense (Plantas Medicinaes da Amazonia), ficando a espera de cualquer axigencia regulamentar para cumplirl'a.

Prometemos mandar para a biblioteca da Sociedade as obras que temos publicado.

Aguardando con todo respeito e satisfacao as ordenes de V. Ea.,

subscrevo-me

Prof. Dr. **Alfrado A. da Matta.**

SESION EXTRAORDINARIA

DE LA CAMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

Habiendo sido citados por el Presidente de la Asociación, los miembros de la Cámara de Delegados de la misma, se reunió en sesión extraordinaria el día 28 de Julio de 1913, á las dos de la tarde en el local de la asociación, presidiendo el Vice-Presidente doctor B. K. Ashford, asistiendo los delegados siguientes:

Doctores, Jorge del Toro, J. Gómez Brioso, Arsenio Vallecillo, M. Fernández Nater, José Marcano, P. Ramos Casellas, Felipe García, Francisco Susoni, M. Rodríguez Cancio, M. Guzmán Rodríguez, P. Malaret, M. de la Pila Iglesias, M. Quevedo Baez.

El Presidente abre la sesión y expone la orden del día, pasándose inmediatamente á los trabajos.

1o.—Nombramientos de Comités.—De acuerdo con el reglamento de la Asociación, se eligen los comités siguientes por votación secreta: Comité de asuntos científicos. Queda formado por los doctores P. Gutiérrez Igaravidez, Guillermo Salazar y el Secretario de la Asociación.

Comité de legislación y policía.—Queda formado por los doctores F. del Valle Atiles, V. Gutiérrez Ortíz, Francisco Matanzo, y el Presidente y Secretario de la Asociación.

El Presidente dió cuenta de otro comité especial para el estudio del Sprue, que fué nombrado en la última asamblea anual.

2o.—Sitio y fecha para la próxima asamblea anual. La Cámara de Delegados elige la Ciudad de Ponce para celebrar en ella la próxima asamblea anual, y fija las fechas del 13 y 14 de Diciembre del corriente año.

El Prsidente pone en conocimiento de la Asamblea, el hecho de que la Asociación Médica de Puerto Rico ha sido admitida á formar parte de la Asociación Médica Americana, viniendo á constituir de este modo, una asociación al igual de la Asociación de estado. Dice también que debemos elegir nuestro delegado á la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana, y que debemos contestar oficialmente á aquella asociación, la carta en donde se nos notificaba el haber sido admitida á formar parte de ella. El Secretario dice que de acuerdo con la constitución de la Asociación Médica Americana, se requiere que todo delegado á la Cámara de dicha asociación, debe haber sido miembro á lo menos por el término de 2 años, y de acuerdo con esta previsión debemos tener en cuenta el hecho para el nombramiento de nuestro delegado. Se procedió á la elección del delegado de esta asociación á la Cámara de la Asociación Médica Americana, recayendo el nombramiento en el doctor Luis García de Quevedo, actualmente residente en San Germán.

El Presidente pide se nombre un comité para redactar la carta á la Asociación Médica Americana, pero la Asamblea unánimemente resolvió que quedara á cargo del Presidente y Secretario de la Asociación.

3o.—El Secretario dió lectura á todas aquellas partes de nuestra constitución y reglamento que tienen interés para la Cámara de Delegados; á propósito de lo cual todos hablan en favor de estimular lo mejor posible á nuestra clase en unión y trabajo.

4o.—Gastos Sociales.—De acuerdo con nuestra constitución, la Cámara de Delegados es la llamada á fijar los gastos é ingresos de la Asociación. El Secretario dice que hoy día tenemos

tres cuestiones que atender. 1o.—La Sociedad de Distrito. 2o.—La Asociación Médica de la Isla. 3o.—Aquellos que dicen ser miembros de la Asociación Médica Americana.

Aquí pagamos hoy día $12 anualmente á la Asociación de la Isla, que no se paga nada en las Sociedades de Distrito, y que seguramente muchos de los que se harían miembros de la Asociación Médica Americana tendrían que pagar á aquella asociación la suma de $5.00 anuales, los cuales dan derecho á recibir el Journal de la American Medical Association. Propone que la cuota de la Asociación de la isla, sea reducida á $5.00 ó $6.00 pagados por anualidades. $2.00 ó $3.00 anuales á la Asociación del Distrito, y de este modo con $12.00 ó 14.00 anuales, podríamos atender á las tres asociaciones. En el curso de la discusión sobre este asunto, el doctor Rodríguez Cancio dice que no se explica por qué los Oficiales de Sanidad hayan de dar los certificados gratuítamente á los maestros. Que siendo los Oficiales de Snaidad empleados del Pueblo de Puerto Rico, no pueden cobrar sus servicios.

La asamblea se declara en favor de que no debemos admitir que los Oficiales de Sanidad tengan que seguir haciendo los reconocimientos gratuítamente. El doctor Ashford pregunta si se firmó algún contrato referente al asunto al tomar el cargo de oficial de Sanidad, y la asamblea contesta que no. Entonces opina el doctor Ashford q. por lo que debe trabase es para que los Oficiales de Sanidad, no estén forzosamente obligados á expedir certificados gratuítamente, y que pueden haber medios por los cuales podamos evitarlos. Después de una larga discusión sobre el asunto, se resolvió que sea referido al Comité de Legislación. El Presidente volvió á hablar sobre el pago á la asociación y á las demás sociedades que hay que servir y propone que los pagos se hagan anualmente.

Requerido el Tesorero de la Asociación doctor Avilés para que ponga en conocimiento de la Cámara el estado de los fondos sociales, dice:

Que la Asociación cuenta hoy día con $2.129,00. que hay al rededor de ciento veinte asociados, de los cuales, muchos no pagan la Asociación, á pesar de los esfuerzos hechos por el Tesorero. Cree que tomando una resolución reduciendo la cuota á $5.00 anuales pago adelantado, y haciendo fuerza sobre aquellos artículos del reglamento por los cuales un miembro deja de serlo al no satisfacer sus pagos, podría obtener mejores resultados que con el sistema actual.

El doctor M. de la Pila Iglesias, es de opinión que los pagos se facilitarían si se encargara de cobrarlos el Tesorero de las Sociedades del Distrito; que así lo ha hecho el Dr. Malaret en Ponce, habiendo obtenido éxito. El Tesorero dice que pagar una sola vez al año la suma de $5.00, es más fácil y práctico. El Tesorero insiste en que se modifique la forma actual de pagos de cuotas y afirma que hay algunos médicos que no han pagado por cerca de un año, y entre ellos se encuentran miembros que ocupan pues-

tos de honor en la Asociación. El Dr. Gómez Brioso opina q. no debemos rebajar la cuota, hasta la próxima sesión de la Cámara de Delegados. El doctor Ashford opina que $12.00 al año, es una cuota muy alta; que lo que más necesita la Asociación es el interés de sus miembros y su presencia en las sesiones. El doctor Ramos opina que los doctores Ruiz Soler, Malaret y Watson, que por su cargo oficial tienen que visitar todos los pueblos de la isla, podrían formar un comité, el cual trabajará en favor de la Asociación hablando personalmente con cada uno de los miembros que tienen sus cuentas atrasadas. El Secretario manifiesta que el doctor Ruiz Soler no es miembro de la Asociación. Se discute largamente la suma de dinero que pueda cobrarse, y se llega al acuerdo con respecto á los gastos, que las comidas legales deben sufragarlas las Sociedades del Distrito por medio de contribuciones especiales; y que la Asociación debe satisfacer los gastos de oficina, periódico, etc. No pudiéndose llegar á un acuerdo sobre el asunto, se nombró un comité compuesto de los doctores Gómez Brioso, Ramos Casellas y M. de la Pila Iglesias para que estudien el asunto é informen en la próxima sesión de la Cámara de Delegados, fijando el tipo de cuotas, modo de satisfacerla, etc. Mientras tanto, el Presidente nombró un comité compuesto de los doctores P. Malaret. Watson y Ruíz Soler, para que se avisten personalmente con los miembros que adeudan á la Asociación, entendiéndose, que al doctor Ruíz Soler le será pedida su cooperación en el asunto.

5o.—El Secretario dió cuenta de una carta del Secretario de la Asociación de Distrito de Arecibo, á la cual acompaña varios documentos, y en la que dice que dicha Asociación se ha reunido para tratar acerca de los impuestos que se cobran en la isla á las muestras de medicinas que vienen del ertrajero como muestras sin valor. Dicha sociedad opina que es ilegal el cobro sobre estas muestras. Después de discutido el asunto, queda referido al comité de la legislación.

6.—El Presidente habló sobre la dificultad de formularios por los cuales se dispensan las medicinas hoy en Puerto Rico, y en los que existen discrepancia en los medicamentos venenosos y en sus preparaciones, y que debemos tomar una norma sobre este asunto, y especialmente en las tinturas, q. según sean preparadas por el farmaceútico, hay veces el enfermo no obtiene buenos resultados, y otras veces va tomando una dosis mucho mayor q. la necesaria. Opino q. debemos tener una norma para regirnos, ó de otra manera obviar esta dificultad, Que en el frasco de medicina debe ir escrito el nombre de la persona á quien está destinada y con claridad las direcciones para el uso. El doctor Rodríguez Cancio dice que hay muchísima diferencia entre las distintas preparaciones, las cuales en unos casos pueden ser demasiado alto y e notros demasiado bajo. El doctor Quevedo Baez pone como ejemplo la tintnra de nuez vómica y el

elixir paregórico, y es de opinión que debemos especificar en nuestras fórmulas, la farmacopea q. se desee. Después de una larga discusión sobre el asunto, queda bajo el encargo de la Junta Directiva, el celebrar una conferencia con la Asociación de Farmacéuticos en la que debe tratarse de la manera de corregir estas dificultades.

Terminada la orden del día, queda suspendida la sesión, y el doctor Ashford invita á los delegados presentes á que concurran á su casa á las ocho y media de la noche, en donde tiene preparada una reunión social.

San Juan, Puerto Rico 28 de Julio de mil novecientos trece.

NOTAS VARIAS.

LEISHMANIOSIS

POR EL DR. RODRIGUEZ MENDEZ.

(De la "Gaceta Médica Catalana".)

a) **Primer caso en Italia de leishmaniosis cutánea del Brasil, diagnosticado con la demostración del parásito.**— Ha sido observado por los doctores G. Franchini y M. Mantovani en un italiano que ha hecho varios viajes al Brasil. Lo notable de este caso, aparte de la demostración del parásito, consiste en lo vasto de las lesiones, constituídas por numerosos botones ulcerados, residencia en regiones cubiertas, en la larga duración, etc., caracteres que no son comunes en la leishmaniosis cutánea vista en el Sur de Italia y que permiten crear una variedad de leishmaniosis cutánea americana, en parte distinta de la común producida por el parásito de Wright.

Las lesiones comenzaron á principios de agosto de 1909. Las inició un pequeño forúnculo en la nalga izquierda, con ligera sensación de ardor é intenso prurito; fué creciendo, á pesar de todos los medios empleados, hasta llegar al tamaño de un huevo grande de paloma; en 12 de diciembre de 1911 fué extirpado en masa. A los ocho días se sintió mal el enfermo y comenzó á salir por la herida materia sanguinolenta; el daño fué agrandándose y se recubrió, en parte, de costras y, en parte, segregaba un líquido rojizo y fétido. A este primer forúnculo siguieron otros, contiguos y en las partes próximas. Alguna vez eran dolorosos, pero con más frecuencia pruriginosos. No hubo nunca fiebre ni trastornos en la sanguificación ni en la nutrición general, ni en las demás funciones. La reacción de Wasserman, negativa.

Así continuó hasta fines de enero de 1913. Entrado en el Hospital Mayor, manifestó que empezó el padecimiento estando en plena selva virgen; que había otros trabajadores con llagas en las piernas, brazos, tronco, semejantes á la suya; que en su misma barraca dormía otro italiano que tenía una úlcera en la pierna; que eran abundantísimos los insectos, pulgas, mosquitos, moscas de varias especies, siendo raras las chinches; que sólo estaban representados los animales domésticos por los perros; que había un insecto verdoso, llamado *cotunga,* cuya picadura en el hombre producía rápidamente lesio-

nes ulceradas que no cicatrizaban, que iba aumentando en la periferia y que duraban largo tiempo; que después de un período largo, de meses en algunos casos, aparecían otros; que muchos de sus compañeros presentaban lesiones análogas, pero nunca en la boca, paladar, fosas nasales, y que se bañaba frecuentemente con otros obreros también afectos.

El exameen del enfermo, bien constituído y bien musculado, no revela trastorno alguno en los órganos torácicos y abdominales.. En la nalga izquierda hay una vasta lesión cutánea de 11 centímetros de largo por 7 de ancho, con numerosas úlceras, en parte cubiertas de costras rosadas y en parte de un exudado sanguinolento y fétido; entre ellos hay algún forúnculo, con el ápice supurado, pero no abierto aún; están agrupados por encima y por debajo de la línea cicatricial que quedó de la extirpación hecha.

Los bordes de las úlceras están algo elevados, son rojos y en alguna ocasión indurados. Levantadas las costras que los cubren, aparece una superficie granulosa, roja, que sangra con frecuencia. La piel que los circunda es rosada y como edematosa, con muchas pápulas rubicundas, que también existen lejos, pero en menor número.

En la nalga derecha hay un pequeño forúnculo supurado y aquí y allá varias pápulas rosadas, semejantes á las otras; algunas en el dorso.

Los ganglios de ambas ingles están pequeños, duros movibles y no dolorosos.

Las sensibilidades cutáneas, salvo en las regiones enfermas, son normales.

En la sangre no se encontraron leishmanias ni hematozoarios.

No vió espirocetos en las lesiones, y en los primeros exámenes sólo se vieron numerosos cocos, algún esporo rarísimo y ningún amibo. En un segundo examen se halló en el fondo de las úlceras y en los forúculos no abiertos el parásito de Leishman, si bien no en todos, así como tampoco en las pápulas. Hecho el diagnóstico, el enfermo fué operado.

Para hacer las preparaciones se sacó material de las partes más profundas de las úlceras y con una jeringa Tursini se las fijó en alcohol metílico y se las tiñó según el método de Giemsa (una gota por centímetro cúbico de agua destilada-; otras fueron fijadas con el líquido de Schaudinn (dos partes de solución acuosa saturada de sublimado y una de alcohol absoluto) y coloreadas con hematoxilian Heidenheim. Algunas fueron mezcladas con el segregado purulento.

En las estrías hechas rascando el fondo de las úlceras y en sangre de los bordes, se encontraron parásitos típicos, no numerosos, ligeramente ovales y con frecuencia redondeados y algún que otro grupo de cocos. Había tres tamaños: *formas grandes,* de ordinario en división, redondeados, de 4 á 6, p, rara vez mayores, con el protoplasma teñido de azul y con dos núcleos y dos blefaroplastos, generalmente situados en lados opuestos; *formas medias,* algo ovales ó redondos, de 3'5 á 3 p, con el núcleo y el

befaroplasto en un lado, cercanos entre sí ó adosados, alguna vez era éste no un bastoncito, sino un pequeño grupo redondeado, y solía partir de la masa nuclear ó de los contornos de ésta; el núcleo aparecía á las veces como fragmentado ó como constituído por varios núcleos cromáticos reunidos; en estas formas, especialmente, el protoplasma se presentaba muy coloreado de azul verdoso y no es raro existiese á modo de una faja alrededor de todo el borde del parásito, como si fuera una cápsula; en el centro de la leishmania había frecuentemente una vacuola circular y á las veces esparcidos en el protoplasma gránulos de cromatina; el núcleo era, por regla general, de color rosa y redondeado, y alguna vez llegaba á 2 micromilímetro el blefaroplasto tenía color azul violeta y de 1 á 1'5 micromilímetro de longitud, rara vez más; las *formas pequeñas,* de 2, 1'5 y 1 micromilímetro, eran ovales de ordinario y rara vez tenían el núcleo y el blefaroplasto en las partes opuestas de los bordes laterales, siendo lo más frecuente que estuviesen adosados en la base ancha del parásito; no es raro que falte el blefaroplasto y alguna vez, infrecuente, el núcleo estaba como en la *espundia,* es decir, formando como una hoz adherente á un borde del parásito; casi siempre eran extracelulares, y, de estar incluídos (hecho que sólo vieron en los grandes mononucleares) no había más que tres ó cuatro; en la sangre eran escasos en los bordes, más frecuentes en el fondo y abundantísimos en el segregado; las formas pequeñas deben ser formas jóvenes de las grandes.

El parásito era casi siempre extracelular y entre los libres, por rareza, se encontraron dos ó tres reunidos. Algunos aparecieron en vías de degeneración; sobre todo los del segregado, no era raro tuviesen en medio un espacio claro á modo de una gran vacuola.

Además de los parásitos existían cuerpos redondeados, rara vez del tamaño de un hematie, por lo común la mitad, con protoplasma uniforme de color gris ceniza, á veces alveolar. No vieron formaciones nuclares ni verdaderos gránulos de cromatina. Por excepción encontraron formaciones especiales de forma y aspecto irregular, constituídas por una masa protoplasmática sin contorno preciso, azul ó ceniza, con una formación nuclear en el centro, de color rojo intenso y una especie de nucleo violeta en el centro de éste. Ignoran lo que estos cuerpos significan. Por lo común estaban aislados.

En la sangre tomada á corta distancia de la lesión no han visto parásito alguno. Tampoco notaron formas muy prolongadas ó flageladas.

En resumen, dado lo expuesto y comparándolo con el parásito de los botones de Oriente, de Sicilia, los autores se inclinan, en vista del tamaño, por regla general mayor que el del Sur de Italia, de la forma, de las diversas posiciones del núcleo y del blefaroplasto, de la intensa coloración del protoplasma y de otras diferencias menos importantes, á admitir una variedad americana ó brasileña, algo diferente de la forma común del

botón de Alepo, la que produce lesiones cutáneas que pueden ser extensas en cualquier pared del cuerpo, de larga duración y hasta atacar las mucosas, caracteres que no son en general, los del botón de Oriente.

La técnica de los *cultivos* fué la que sigue. Con la jeringa Tursini aspiraron sangre de los bordes de la úlcera y sembraron en tubos de agar N. N. N., que pusieron en el termostato entre 25o.-23o. A las veinticuatro horas había un coco en tres tubos; los otros quedaron estériles; á los tres días no hay nada especial, permaneciendo límpido el líquido de condensación; al quinto, en uno de ellos examinando en gota pendiente, encuentran unos cuerpecitos pequeños, circulares, esplendentes, adheridos á los glóbulos rojos, que parecían moverse más vivamente que los otros. También los habían visto en los cultivos del parásito de las leishmaniosis de los niños. En el mismo tubo aparecieron formas flageladas al sexto día. A los trece días, en algunos tubos había un cultivo puro y riquísimo. En otro estaba acompañado de un coco finísimo. En otro se ha desarrollado abundantemente en la superficie del agar un hongo y en el líquido de condensación la leishmania. Las resiembres han sido fecundas.

El *examen en fresco*, gota pendiente, revela pelotones formados por un número grandísimo de parásitos, algunos con flagelo muy movible. Unos tenían movimientos vivos y otros estaban en división longitudinal. Había formas en roseta, mirasol, trébol, etc.

En los preparados por estría, fijados con alcohol y teñidos según Giemsa, se nota: que en los primeros estados de desarollo el parásito carece de flagelo, el protoplasma está fuertemente teñido de azul en general y por eso no se distinguía bien el núcleo. Luego aparece el blefaroplasto casi á la par el flagelo y el parásito toma siempre la forma alargada. En las formas adultas el núcleo es generalmente rosa y el blefaroplasto de azul violeta. En un tubo tenía el parásito vacuolas grandes, y había formas periformes y otros mayores que los ordinarios, con su flagelo á modo de coma y con gránulos de cromatina en el protoplasma. Había á la par formas redondeadas, grndes, de 8 á 10 micromilímetro de diámetro contornos gruesos y precisos, protoplasma azul con numerosos gránulos de cromatina y, frecuentemente, con masas cromáticas nucleares y alguna vez más blefaroplasto, faltando en caflagelo. En general, las formas prolangadas maduras miden de 10 á 15 micromilímetro, el flagelo de 20 á 30 y más; la anchura varia entre 1'5 y 2'5. En los preparados por estría han visto pelotones de 40 y 50 parásitos, á veces en forma de rosetón, muchos en división longitudinal, con dos núcleos y dos blefaroplastos. El flagelo, á lo menos en las formas jóvenes, sale del protoplasma; otras veces penetra un poco en éste y, en algunos casos parece proceder del borde; no se tiñe fácilmente y en caso se ven numerosas curvas; parece ser grueso, pero tal vez no sea constante este carácter.

Las inoculaciones hechas con ma-

terial de las lesiones y con cultivos han dado resultados discutibles.

Los autores afirman que este es el primer caso de leishmaniosis cutánea descrito en Italia, pues si bien hay los casos observados por Breda (1907) y por Rho, no hubo investigación bacteriológica. Sobre estas formas cutáneas y mucosas han hecho estudios importantes Splendore (1912). Carini (1911) y Paranhos, del Brasil. También han descrito casos procedentes de la América central y meridional Escomel (1911), Lavoran y Nattan-Larrier (1912), Seidelin (1912) Ihe, Thompson y Balfour (1910), Weuyon, pero sus casos no concuerdan exactamente con los de los autores, sobre todo desde el punto de vista bacteriológico.

Como en el caso de que trato el tratamiento fué quirúrgico (extirpación del foco y colgajos anaplásticos) no hubo ocasión de ensayar los medicamentos propuestos: Cardamatis y Meliffedis aconsejan el azul de metileno en pomada (vaselina ó lanolina); Row las inyecciones de cultivos del parásito muertos, nucleados con glicerina ó el permanganato potásico en polvo. (*Pathologica*).

b) **Formas y modo de transmisión.**--C. Basile (*Rivista Ospedaliera.* 1911) distingue dos formas clínicas en la leishmaniosis espontánea del perro: una grave, de curso rápido, propia de los perros jóvenes, y otra más bien crónica, más benigna, que se observa en los adultos y viejos. También habla de dos formas análogas en el hombre: una grave, mortal, en los niños, y otra ligera en los adultos, que puede curar *per se.* Las dos, las del perro y del hombre, son iguales.

El autor opina que el agente transmisor es el *Pulex serraticeps* para el perro y tal vez el *Pulex irritans,* pasando de perro á perro, de perro á hombre, de hombre á hombre, de hombre á perro. Ha logrado reproducir la leishmaniosis en el perro con pulgas caninas procedentes de localidades con kala-azar: estaban infectadas en la proporción de 4 por 100.

De sus experimentos deduce que el parásito se desarrolla por completo en el *Pulex serraticeps* á la temperatura de 20o.-22o.

c) **Etiología del botón de Oriente en Cambay.**—Patton (*Scient. Mem. San. Depart. Gouv,* India, 1912) refiere un serie de experimentos hechos desde 1910 en Cambay (India) encaminados á averiguar el modo de transmisión del botón de Oriente, que existe en dicho punto hace unos 250 años estrictamente localizado y que rara vez se presenta en los países vecinos.

Los primeros experimentos en las moscas fueron negativos: las úlceras simples tan comunes y con tanta frecuencia visitadas por otros insectos, no las infectaron ni aun regándolas con material que contenía la leishmania. Al cabo de una hora no les fué posible encontrar el parásito en el tubo digestivo, del cual desaparece rápidamente. Además, la infección no se difunde en la época de las moscas.

En otros experimentos alimentó *Pediculus capitis* y *P. vestimenti* con sangre tomada de las lesiones; los resultados fueron también negati-

vos, así como los hechos con el *Steogomia*.

Las investigaciones hechas con el *Cimex rotundatus* revelan que el parásito llega en él al período flajelado á 25o. y puede pasar al hombre.

ch) **La leishmaniosis espontánea del perro en . Catania.**—V. Panto (*Gazz. Osped. e Clin.*, 1912) escribe: la humana es transmisible al perro, especialmente á los jóvenes, mediante el *Pulex serraticeps,* con toda probabilidad; es, por lo mismo, interesante para la profilaxia averiguar los perros infectos, sobre todo allí en donde está más difundido el kala-azar infantil; Pulvirenti, en Catania, de 273 perros examinados halló tres infectos; Basile, utilizando la médula ósea, encontró en Roma 16 de 60, y Bordonaro 27 de 33. El autor, en Catania, en 165, casi todos adultos, de abril á mayo y extrangulados, de cuyo bazo y médula ósea tomó material, poco después de la muerte, fijado con alcohol metílico y coloreados según el método Gienmsa, sólo dió con cuatro infectos, tres de ellos con parásitos abundantísimos y uno que tenía muy pocos.

d) **El kala-azar en Grecia.**—Aravandinos A. (*Malaria é malattie dei paesi caldi,* tomo II) refiere que, siendo endémico, tiene de cuando en cuando recrudescencias epidémicas, como aseguran los médicos de Spezia, Hydra y Cefalonia.

Ataca á los niños y á los adultos, pero mucho más á aquéllos. Gran número de los casos corresponde á diciembre, enero y febrero, en contra de lo que ocurre en Italia, en donde la recrudescencia es primaveral (Gabbi). Se debe sospechar más de las pulgas del perro, como vehículos, que de las chinches. El agua de lluvia recogida en cisternas y bebida en Spezia é Hydra, no puede ser acusada, pues también hay kala-azar, fuera de estas islas, en otros puntos en que no se bebe este agua.

e) **Tratamiento con el salvarsán.**—A. E. Weld (*Royal Army Med, Corp. Journal*, volumen 17- ha tratado dos casos: un niño de diez y nueve meses, que recibió en invección intramuscular 0'03 gramos de salvarsán en solución al calina, con lo que logró un notable y duradera mejoría; otro niño de diez y siete meses, con forma más aguda, al que inyectó 0'06, en el que sólo hubo una mejoría pasajera y que murió de pleuresía (tuberculosis como complicación).

f) **Desarrollo del parásito en los chinches**—W. S. Patton ha visto el desarrollo completo de la *L. Donovani* en *Cimex rotundotus* de la India y *C. lectularius,* de Europa. (*Scient. Som. Depart. Govern.* India, 1912).

Después de chupar sangre rica en parásitos, vió el estado de flagelos y el consecutivo que tiene, como el término de la evolución. Para lograr todo este desarrollo he hecho picar á hombres ó monos con sangre muy infecta, no la de otros animales, y á esta y á la rapidez con que es destruído el parásito atribuye el resultado negativo de otros autores. Del 7o. al 9o. día se nota una reproducción abundante de flagelados y del 10o. al 11o. de postflagelados.

Estos experimentos han sido he-

chos con insectos nacidos en el laboratorio y libres de infección natural.

REGLAMENTO
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO

CAPITULO 1.—DE LOS MIEMBROS

Sección 1.—Todo médico autorizado legalmente para ejercer su profesión, que resida en la isla de Puerto Rico, que sea de buena conducta moral y profesional y que no defienda ó practique ó asegure que practica un sistema exclusivo de medicina, puede ser elegido socio.

"Todo candidato debe hacer su solicitud por escrito, especificando su edad, sitio y fecha de su graduación, en donde ha ejercido la profesión y la fecha de la licencia para ejercer en la Isla. La solicitud debe venir acompañada de la cuota de ingresos y firmada por dos miembros de la Asociación.

La solicitud será referida á la Junta de Censores, la cual por si misma ó por mediación de la Junta de Censores de la Sociedad del Distrito en el cual ejerza el solicitante, indagará sus cualidades y se asegurará de que esté debidamente autorizado para el ejercicio de la medicina y cirugía en la Isla. La Junta de Censores informará en la sesión siguiente; la votación se hará por papeletas cerradas, siendo necesarias las dos terceras partes de los votos de los miembros presentes para dar admisión al solicitante.

La solicitud será entregada al Secretario, quien la guardará y quedará encargado de la tramitación final de la misma.

Ningún candidato que haya sido rechazado podrá presentar nueva solicitud hasta después de pasados seis meses de la primera.

Sección 2.—Todo socio que esté bajo pena de suspensión ó separación ó cuyo nombre se haya retirado del registro de socios por causas justificadas estará incapacitado para gozar de ninguno de los derechos, ni privilegios de esta Asociación. No le será permitido tomar parte en ninguno de sus actos sociales hasta que no haya sido rehabilitado.

Sección 3.—Todo miembro que asista á la asamblea anual de la Asociación consignará su nombre en el libro registro, indicando el distrito á que pertenece.

Cuando se hayan verificado sus derechos como tal miembro de la Asociación recibirá un distintivo que le servirá para que se le reconozcan sus derechos á todos los privilegios sociales. No se permitirá á ningún socio que tome parte en la sesión anual hasta que no haya cumplido con las prescripciones de este artículo.

CAPITULO 2.—ASAMBLEA ANUAL Y SESIONES ESPECIALES

La Asociación celebrará una asamblea anual en la fecha y lugar que haya fijado la Cámara de Delegados, en la Asamblea anual precedente.

Sección 2.—Las sesiones especiales ó extraordinarias de la Asociación ó de la Cámara de Delegados serán convocadas por el Presidente cuando así lo solicitaren siete delegados de tres

distritos diferentes ó veinte miembros de la Asociación

CAPITULO 3.—ASAMBLEAS GENERALES

Sección 1.—Todos los miembros que figuran en el registro de la Asociación pueden asistir y tomar parte en las discusiones y procedimientos de las Asambleas generales y comités de la misma.

Las sesiones serán presididas por el Presidente ó el Vice-Presidente; y, constituída la mesa y abierta la sesión, se procederá á la lectura de los trabajos científicos y á la discusión de los mismos con sujeción al orden establecido en el programa de la sesión.

Sección 2.—La Asamblea general puede recomendar á la Cámara de Delegdos el nombramiento de comités ó comisiones en asuntos de interés especial y de importancia para la profesión y el público.

CAPITULO 4.—CAMARA DE DELEGADOS

Sección 1.—La Cámara de Delegados se reunirá á las 2 p. m. del día anterior fijado para la apertura de la asamblea anual, pudiendo suspender la sesión, si fuere necesario para cumplir con sus propósitos; disponiéndose que las horas destinadas á la sesión general no dificulten el trabajo de los comités. El orden de los trabajos se dispondrá como una sección particular del programa, considerándose así los asuntos al ser tratados por la Cámara de Delegados.

Sección 2.—Cada sociedad de distrito tendrá derecho á enviar á la Cámara de Delegados para representarla, dos delegados elegidos por ella disponiéndose que en aquellos distritos en que hubiere más de veinticinco miembros, se podrá agregar un delegado por cada diez socios de exceso.

Sección 3.—Catorce delegados presentes constituirán *quorum*.

Sección 4.—La Cámara de Delegados por medio de sus miembros, del Consejo y de cualquier otro modo, prestará atención diligente para estimular los trabajos científicos y el espíritu de la Asocación; y constantemente estudiará y se esforzará para que cada Asamblea anual resulte un escalón más, hacia mayores adelantamientos.

Sección 5.—La Cámara de Delegados estudiará y dará consejo en todo lo referente á los intereses materiales de la profesión y del público, en aquellos asuntos importantes que dependen de la profesión. Hará uso de sus facultades y se esforzará en conseguir y poner en vigor leyes idóneas, así médicas como de sanidad pública, y publicará informes populares en relación con las mismas.

Sección 6.—Investigará cuidadosamente las condiciones profesionales existentes en cada distrito, con tiempo bastante para adoptar aquellas medidas que se consideren más eficaces para crear y desarrollar los intereses de las sociedades constituidas, así como para organizarlas en aquellos distritos en que no existieran. Procurará fomentar especial y sistemáticamente las relaciones amistosas entre los médicos de la misma localidad y no desmayará en sus empeños hasta que todos los médicos de todos los distritos de la isla que sean

elegibles no se hayan puesto al amparo de las sociedades médicas.

Sección 7.—Propagará la investigación científica del exterior así como su estudio dentro de la región; procurará que los informes de dichas sociedades sean objeto de discusión en las sociedades de distrito.

Sección 8.—Elegirá los representantes á la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana de acuerdo con la constitución y reglamento de aquel cuerpo.

Sección 9.—Tendrá autoridad para elegir comités en asuntos especiales, entre los miembros de la Asociación que no pertenezcan á la Cámara de Delegados. Estos Comités informarán á la Cámara de Delegados y pueden estar presente y tomar parte en la discusión de sus informes.

Sección 10.—Aprobará todos los memoriales y resoluciones adoptadas en nombre de la Asociación antes de que sean puestos en vigor.

Sección 11.—Dividirá la isla en tantos distritos como se crea conveniente determinando los pueblos que correspondan á cada uno de estos.

CAPITULO 5.—DE LA ELECCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS

Sección 1.—Toda elección se hará por papeletas y resultarán electos los que obtengan mayor número de votos en votación secreta.

Sección 2.—La elección de los funcionarios será el primer asunto de que se trate en la orden del día en la Cámara de Delegados en la tarde del segundo día de la asamblea anual, después de la lectura del acta de la sesión anterior.

Sección 3.—Los miembros de la Cámara de Delegados no son elegibles para ningún cargo, excepto para los de consejeros.

CAPITULO 6.—DEBERES DE LOS FUNCIONARIOS.

Sección 1.—El Presidente presidirá todas las sesiones de la Asociación y de la Cámara de Delegados; nombrará los comités que de otra manera no estén previstos por reglamento; hará un informe anual en la ocasión señalada para el caso y llenará los demás deberes exigidos por el uso y costumbre parlamentarias.

Será *leader* de la profesión en la isla durante el término de su cargo; y, en cuanto sea posible, visitará, previo aviso, á las sociedades de distrito procurando que el trabajo de éstas sea lo más práctico y útil posible.

Sección 2.—El Vice-Presidente auxiliará al Presidente en el desempeño de sus deberes. En caso de renuncia ó separación del Persidente, el Consejo elegirá de su seno uno de los miembros para sucederle.

Sección 3.—El Tesorero prestará fianza por valor de $500; cobrará y recibirá todos los fondos de la Asociación, así como también los donativos que á la misma se hagan. Hará pagos, solamente, con la autorización escrita del Presidente, refrendada por el Secretario; someterá sus cuentas á las investigaciones y exámenes que pueda ordenar la Cámara de Delegados; y, anualmente, presentará

un informe de sus trabajos y estado de los fondos que tiene en su poder.

Sección 4.—El Secretario atenderá á las asambleas generales y á las sesiones de la Cámara de Delegados y llevará las actas de ambos cuerpos en libros separados. Será, ex-oficio, Secretario del Consejo, tendrá bajo su custodia todos los archivos, libros, publicaciones y documentos que pertenezcan á la Asociación y hayan llegado á su poder, excepto aquellos que pertenezcan legalmente al Tesorero. Llevará cuenta de todos los fondos de la Asociación que pasan por sus manos y que entregará al Tesorero; llevará un registro de los delegados y miembros de la Asamblea Anual, con el auxilio de los secretarios de las asociedades de distrito; llevará un registro índice por targetas, de todos los médicos que practiquen legalmente la profesión en la isla, anotando en cada caso su relación con la sociedad del distrito.

A petición de la Asociación Médica Americana remitirá á esta una copia de las listas; llevará la correspondencia oficial; notificará á los miembros la celebración de las reuniones; á los funcionarios, su elección, como tales y á los comités sus nombramientos y sus deberes; nombrará los empleados que fueren autorizados por la Cámade Delegados; hará un informe anual á la Cámara de Delegados; suministrará á las sociedades de Distrito todos los impresos necesarios para que estas hagan sus informes anuales. De acuerdo con la Comisión de trabajos científicos preparará el programa de las asambleas. El sueldo que ha de percibir será fijado por la Cámara de Delegados.

CAPITULO 7.—DEL CONSEJO.

Sección 1.—El Consejo se reunirá el día anterior al de la Asamblea Anual; y, diariamente, durante dicha asamblea, tantas veces como se estime necesario, previa citación del Presidente ó á petición de los Consejeros; se reunirá el último día de la Asamblea Anual para organizar y deliberar sobre los trabajos del año siguiente. Elegirá un escribiente, el cual, en ausencia del Secretario de la Asociación, redactará las actas de la sesión de esta y por medio del Presidente hará un informe anual á la Cámara de Delegados.

Sección 2.—Los Consejeros será organizadores, árbitros y censores en los distritos que á cada uno se señalare. Cada Consejero girará una visita anual á los distritos que le correspondan con objeto de enterarse del estado de estas asociones y mejorar y estimular el celo de las asociaciones de distrito, y de sus miembros. Hará un informe anual de sus libros y de las condiciones de la profesión de sus distritos en la sesión anual de la Cámara de Delegados. Los Consejeros tiene derecho á indemnización por gastos de viaje á sus distritos; pero no á los gastos en que incurrieran por asistencia á la sesión anual.

Sección 3.—El Consejo será la Junta de Censores de la Asociación y estudiará las cuestiones que se refieren á los derechos y crédito de los miembros, con relación á otros miembros

de las sociedades de distrito ó con esta Asociación. Todo caso de ética médica que se presente á la Cámara de Delegados ó ante una Asamblea Anual será referido al Consejo sin discusión. El Consejo constituirá el Tribunal de Apelación.

Sección 4.—Tendrá poder para reconocer y dar cartas constitucionales á sociedades médicas dentro de los distritos, las cuales, una vez así organizada, estarán capacitadas para el goce de todos los derechos y privilegios concedidos á los socios de distrito y hasta que se obtenga la fusión con la sociedad regular del distrito.

Sección 5.—El Consejero proveerá y dispondrá la publicación, distribución de las actas, memorias, etc. de la Asociación y tendrá autoridad para nombrar un editor y tantos auxiliares como considere necesarios. Cualquier dinero que reciba el Consejo será ingresado en Tesorería. Anualmente investigará las cuentas del Tesorero, Secretario y otros empleados de la Asociación, informando acerca de las mismas en su informe anual á la Cámara de Delegados y en cuyo informe se especificará los gastos de la Asociación durante el año. También dará cuenta de las propiedades pertenecientes á la Asociación, y hará las sugestiones que crea oportunas en caso de vacantes en los puestos de Secretario ó Tesorero. El Consejo desempeñará el cargo hasta el año venidero.

CAPITULO 8.—COMITES.

Sección 1.—Tendrán carácter permanente los comités siguientes: un comité de Asuntos Científicos; un comité de Legislación y Policía y un comité de Organización. Estos comités serán elegidos por la Cámara de Delegados.

Sección 2.—El comité de Asuntos Científicos se compondrá de tres representantes, uno de los cuales será el Secretario, de acuerdo con las instruciones de la Cámara de Delegados. Este Comité determinará el carácter y plan del trabajo científico de cada asamblea. Con treinta días de anticipación á la Asamblea anual preparará y publicará el programa científico de la misma indicando el orden á que ha de sujetarse la presentación de los trabajos y su discusión.

Sección 3.—El Comité de Legislación y Policía se compondrá de tres miembros bajo la dirección de la Cámara de Delegados, tendrá la representacón de la Asociación para obtener y poner en vigor leyes que respondan al interés de la salud pública y la ciencia médica. Se mantendrá en contacto con la opinión pública y profesional y procurará dar forma á la misma para obtener los mejores resultados en favor de la comunidad y conducirá la influencia de la profesión de tal modo que promueva el beneficio general de los asuntos locales y territoriales.

Sección 4.—Los Comités de Organización serán nombrados por los miembros de la Sociedad de Distrito en el cual haya de celebrarse la Asamblea anual. Dictará reglas para acomodar adecuadamente la Asamblea y para las sesiones de la Cámara de Delegados y sus comités respectivos;

y, en general estarán encargados de todo lo concerniente á la celebración de las asambleas. Dichos Comités publicarán el programa de la asamblea y hará modificaciones adicionales durante la sesión según las circunstancias lo requieran.

CAPITULO 9.—SOCIEDAD DE DISTRITO

Las asociaciones de distrito estarán compuestas por miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico y recibirán, mediante solicitud, su carta constitutiva como parte competente de esta Asociación.

Sección 2.—Tan pronto como sea posible después que se adopte esta constitución y reglamento se procederá á organizar las sociedades componentes de todos los distritos de la isla en que nó estén organizadas y dichas sociedades recibirán su carta constitucional.

Sección 3.—Las cartas constitucionales serán otorgadas, solamente, con la aprobación del Consejo y serán firmadas por el Presidente y Secretario de esta Asociación. Con la recomendación del Consejo puede revocar la Cámara de Deelgados la carta constitucional de cualquier sociedad de distrito si su proceder no está de acuerdo con la letra y espíritu de esta constitución y reglamento.

Sección 4.—Solamente á una sociedad se expedirá carta constitucional en cada distrito; allí donde existe más de una sociedad médica se hará lo posible por medio de proposiciones y concesiones amistosas para que se fundan en una sola.

Sección 5.—La sociedad de Distrito será juez para la calificación de sus propios miembros. Antes de que se otorgue la carta constitucional á una sociedad de distrito se dará oportunidad amplia á todos los médicos para que se inscriban como miembros de la Asociación.

Sección 6.—Cualquier médico que se sienta agraviado porque se le niegue admisión como miembro de la Sociedad de su distrito ó porque se le haya suspendido ó expulsado, tendrá derecho de apelación ante el Consejo. La decisión de éste será final.

Sección 7.—Para las decisiones de la apelación ante el Consejo puede este admitir testimonios orales ó por escrito según se considere mejor para el mayor esclarecimiento y legalidad de los hecchos; pero en cada apelación, tanto en el concepto de miembros de la Junta como en el de consejeros individualmente de su distrito, procurarán que antes de la vista se llegue á un acuerdo conciliario.

Sección 8.—La Asociación de Distrito tendrá la dirección general de los asuntos profesionales del mismo y ejercerá constantemente su influencia en beneficio del mejoramiento científico, moral y material de los médicos del distrito. Todos los miembros están en el deber de hacer esfuerzos sistemáticos, lo mismo que la sociedad en masa, para aumentar el número de asociados hasta que la sociedad comprenda á todos los médicos legalmente calnficados para el ejercicio de la profesión, residentes en el distrito.

Sección 9.—Cada sociedad de distrito eligirá con anterioridad á la

asamblea anual de la Asociación dos delegados para que la representen en la Cámara de Delegados y un delegado más por cada diez médicos que residan en el distrito cuando el número total de éstos exceda de veinte. Los secretarios de la sociedad de distrito enviarán al Secretario de la Asociación cuando menos 10 días antes de la reunión de la Asamblea anual, una lista de los delegados de su distrito.

Sección 10.—Los secretarios de las sociedades de distrito llevarán un registro de todos sus miembros y, otro de los médicos no afiliados existentes en dicho distrito, en el cual se anotarán nombre y apellldo, dirección y fecha de graduación, fecha de la licencia para practicar en la isla y cualquiera otro informe que pudiera ser necesario. El Secretario debe anotar en la lista de médicos todos los cambios que se efectúen, por fallecimiento, variaciones de residencia, etc., y al hacer su informe anual cuidará de inscribir á todos los médicos que hayan vivido en el distrito durante el año.

Sección 11.—Los secretarios de las sociedades de distrito informarán al Secretario de la Asociación un mes antes de la fecha de la asamblea anual una lista de todos sus miembros, de sus juntas de gobierno, lista de delegados y lista de los médicos afiliados del distrito.

CAPITULO 10 —REGLAS GENERALES.

Sección 1.—Ningún discurso ó documento leído en la sesión excepto del Presidente consumirá más de veinte minutos; y, ningún miembro hablará por más de cinco ni más de una vez sobre el mismo asunto excepto por consentimiento unánime.

Sección 2.—Cualquier documento leído ante la sesión ó cualquiera de sus sesiones, será propiedad de la sociedad. Después de leído un trabajo será entregado al Secretario.

Sección 3.—Las deliberaciones de esta Asociación se regirán por los usos parlamentarios y de acuerdo con las leyes de orden de Robert siempre que no estén en conflcto con este reglamento.

Sección 4.—Los principios de ética médica aceptados por la Asociación Médica Americana regularán la conducta de los miembros en sus relaciones mútuas y con el pueblo.

CAPITULO II.—ENMIENDAS.

Este reglamento podrá ser enmendado por mayoría de votos de todos los delegados presentes en una sesión anual, siempre que la enmienda haya sido presentada con un día de anticipación.

NOTAS PERSONALES

Ha regresado de su viaje á España el distinguido compañero doctor Eliseo Font y Guillor.

Se ha ausentado para España por una corta temporada, el doctor E. Verges Casals.

Ha fijado su residencia en Guaya-

ma, el conocido doctor Rafael Vélez López, Presidente de nuestra Asociación.

Ha trasladado su residencia á Ponce, el doctor M. Zavala.

El doctor Víctor Gutiérrez Ortíz, fijará su residencia en Fajardo.

El doctor M. Herrero ha trasladado su domicilio á Vieques.

Ha regresado de la isla de Santo Domingo, el conocido dentista doctor Molina de St. Remy.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

PUBLICACIONES RECIBIDAS.

Boletín Oficial de la Dirección de Sanidad de Puerto Rico.

Gacette Medicale de París, Francia.

1 La Medicina Internacional.—13 Rue de Poissy. París. Francia.

2 Repertorio de Medicina y Cirugía.—Apartado 102.—Bogotá. Colombia S. A.

3 Bulletin John Hopkin's Hospital.—New York.

4 Gaceta Médica Catalana.—Barcelona, España.

5 Le Journal Médica Francais.—Paris, Francia.

6 Archivos del Hospital Rosales.—República del Salvador. C. A.

7 Revista Terapeútica de los Alcaloides.—París, Francia.

8 Revista de Medicina y Cirugía Práctica.—Madrid España.

9 Revista de Medicina y Farmacia.—Murcia España.

10 Revista Vegetariana Naturalista.—Barcelona, España.

11 Medical Record.—New York.

12 The Journal of the American Medical Association,—Chicago Ill.

13 Boletín del Consejo Nacional de Higiene.—Montevideo Rep. del Uruguay.

14 Anales Médicos de Puerto Rico.

15 Revista Médico-Farmacéutica Dominicana.

16 Revista dental de la Habana.—Cuba, Gaono 12.

Directorio de los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

DISTRITO DE SAN JUAN:

B. K. Ashford..........San Juan.
F. Aguirre..........Trujillo Alto.
J. G. Amadeo..........Vega Baja.
J. Avilés..........San Juan.
J. Flores Arrieta......Río Piedras.
A. Bou de la Torre..........Corozal.
J. C. Barbosa..........San Juan.
J. Belaval..........San Juan.
G. Curbelo..........San Juan.
J. M. Cueto..........San Juan.
José N. Carbonell.......San Juan.
G. Carreras..........San Juan.
J. Chacar..........San Juan.
A. Carbonell..........San Juan.
E. Font y Guillot........San Juan.
M. Fernández Náter.....Bayamón.
I. González Martínez....San Juan.

E. García Cabrera Jr. . . . San Juan.
P. Gutiérrez Igaravidez . . San Juan.
S. Giuliani. . . . . San Juan.
J. Gómez Brioso. . . . . San Juan.
W. A. Glines. . . . . San Juan.
L. Figueroa . . . . Bayamón.
Vicente Roure. . . . . Río Piedras.
F. de Juan. . . . . San Juan.
A. Janer Palacios. . . . . San Juan.
J. A. López Antongiorgi. San Juan.
A. Lacasa. . . . . San Juan.
R. López Sicardó. . . . . San Juan.
J. Lugo Viña. . . . . San Juan.
W. F. Lippitt. . . . . San Juan.
J. Monagas. . . . . San Juan.
F. Matanzo. . . . . San Juan
G. Muñoz Díaz. . . . . San Juan.
J. Marcano. . . . . Río Piedras.
A. Molina de St. Remy. San Juan.
J. S. Morales. . . . . Vega Baja.
A. Martínez Alvarez. . San Juan.
L. D. Otero. . . . . Toa Alta
L. Pereira Leal . . . . Guaynabo.
M. Quevedo Báez . . . . San Juan.
S. Ross. . . . . San Juan.
M. O. de la Rosa. . . . . Comerío.
A. Santana Náter. . . . . . . San Juan.
J. E. Saldaña. . . . . San Juan.
Marie A. Seixas . . . . San Juan.
Jorge del Toro. . . . . San Juan.
C. Vogel. . . . . San Juan.
E. Verges Casals. . . . . San Juan.
A. Vallecillo. . . . . San Juan.
F. del Valle Atiles. . . . . . . San Juan.
P. Malaret Jr. . . . . San Juan.
Palmira Gatell. . . . . San Juan.
P. del Valle Atiles . . . . San Juan.
J. A. Vázquez. . . . . San Juan.
W. R. Watson. . . . . San Juan.
J. Guzmán Soto. . . . . San Juan.
Jacobo Caldelas . . . . San Juan.
Julio Barreiro . . . . San Juan.

DISTRITO DE ARECIBO:

F. Alemán . . . . Arecibo.
F. A. García. . . . . Camuy
A. Gaztambide . . . . Arecibo.
M. Martínez Roselló. . . . . . . Arecibo.
M. Roses Artau . . . . Arecibo.
P. Rivera . . . . Utuado.
F. Susoni. . . . . Arecibo
R. Vergne Castelo . . Barceloneta.

DISTRITO DE AGUADILLA:

J. Benet . . . . Lares.
A. Diez . . . . Lares.
J. E. Igartúa . . . . Aguadilla.
B. Jiménez Serra. . . . . Aguadilla.
M. Rodríguez Cancio,, San Sebastián
J. Reguero Feliú . . . . . Quebradillas.
A. Torregrosa . . . . Aguadilla.

DISTRITO DE MAYAGUEZ:

P. Perea Fajardo. . . . . . . Mayagüez.
W. W. Creswell. . . . . Mayagüez.
M. Dueño . . . . Añasco.
C. Hernández . . . . Mayagüez.
R. U. Lange . . . . Mayagüez.
F. Martínez. . . . . Las Marías.
J. Martínez Guasp . . . . . . Mayagüez.
A. Oms. . . . . Maricao.
L. F. Santos. . . . . Mayagüez.
F. Tió . . . . Sabana Grande.
Luis D. Vadí. . . . . Mayagüez.
F. Vilella Vélez. . . . . Cabo Rojo.
Pascual A. Rivera . . . . San Germán.
L. García de Quevedo, San Germán.
M. Guzmán Rodríguez . . Mayagüez.
Nicolás Sanabria . . . . . . San Germán.
Arquelio Ramírez . . Sabana Grande.

DISTRITO DE PONCE:

J. R. Audinot . . . . Yauco.
J. Ferrer Torres . . . . Ponce.

A. Mayoral ....Ponce.
R. Gatell ....Yauco.
M. Garratón ....Ponce.
A. García ....Juana Díaz.
J. González...........Juana Díaz.
P. Hernández ....Ponce.
R. López Nussa.............Ponce.
P. Malaret ....Ponce.
E. F. Otis ....Peñuelas.
M. de la P. Iglesias.........Ponce.
A. Pietri ....Ponce.
D. Pérez Marchán ....Ponce.
F. Suárez ....Ponce.
G. Salazar ....Ponce.
V. Santoni .... Ponce.
Alvaro Santaella ....Ponce.
J. Suárez ....Ponce.
G. Vives ....Ponce.
F. Villaronga ....Ponce.
Osvaldo Goyco ....Ponce.
M. R. Zavala ....Ponce.

DISTRITO DE GUAYAMA:

A. Buitrago ....Patillas.
J. E. Berríos ....Yabucoa.
J. G. Bajandas ....Maunabo.
G. S. Bremont ....Guayama.
E. Canino ....Aibonito.
E. Coronas ....Barranquitas.
V. Gutiérrez Ortíz ....Fajardo.
J. Martí Cuyar ....Cayey.
R. Vélez López ....Guayama.
A. Villenueve ....Cayey.
L. Igaravidez ....Guayama.

DISTRITO DE HUMACAO:

J. Barreras ....Juncos.
F. B. Cordero ....Caguas.
G. Carreras ....Viéques.
F. Díaz Costa ....Viéques.
J. A. Díaz................Fajardo.
E. García Lascot ....Humacao
C. García del Valle........Juncos.
A. Márquez ....Aguas Buenas.
S. Veve ....Fajardo.
M. Herrero ....Vieques.
R. Mora Vaamonde ......Fajardo.
A. Paniagua ....Gurabo.
P. J. Palou ....Humacao.
P. Ramos Casellas ....Caguas.
I. Vidal ....Humacao.
Felipe Vizcarrondo ......Fajardo.
Alfonso Paniagua ....Gurabo.
M. Lamela ....Río Grande.
C. Fernández ....Carolina.
J. C. Boneta ....Río Grande.
J. Aubray .... Carolina.
Diego Román Díaz ....Humacao.

FE DE ERRATAS.

Página 13 línea 23 dice: comidas legales; debe decir, comodidades locales.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO MENSUALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

X IX AGOSTO Y SEPTIEMBRE 1913. NUMERO 93.

LAS CLINICAS DEL MUNICIPAL

Señores; nos proponemos operar hoy uno de esos casos en los cuales la historia clínica es de mucha importancia. Tenemos a una paciente joven, soltera, de buena condición moral. Toda historia tuberculosa o específica es negativa. Presenta en el fémur izquierdo, en su tercio inferior, una gran tumoración. La paciente se encuentra muy adelgazada, no hay grasa en ella, y, sin embargo, la circunferencia del femur izquierdo por encima de los cóndilos no se puede abarcar con los dos jemes de las manos. No hay la menor lesión de la piel, su superficie está lisa. La tumoración toma todo el tercio inferior del femur y el abultamiento es algo más pronunciado hacia la parte antero-externa. No hay fluctuación y el dolor es muy poco. La paciente se encontraba andando antes de venir al Hospital. El crecimiento data de unos dos meses y medio y está íntimamente asociado al hueso. Si la enferma no nos hubiera dado una historia clara de su enfermedad, hubiéramos hecho el diagnóstico de osteosarcoma del femur; pero veamos la historia del caso: Sufrió un ataque de tifoidea hace cuatro meses habiendo estado en cama por espacio de un mes. A los pocos días después de estar sin fiebre, sintió dolor en la rodilla izquierda, enseguida hubieron escalofríos y enseguida nuevas fiebres. El dolor de la rodilla se fué extendiendo un poquito más arriba, y como a las dos semanas empezó a notarse que el muslo se le hinchaba, y los dolores fueron entonces más agudos, habiendo tenido que guardar cama por un mes más a causa de la pierna. Poco después mejoró tanto hasta el punto de poder andar, aunque el femur siempre duele y han habido pequeñas fiebres. La tumoración más bien sigue aumentando de volumen aunque muy paulatinamente.

Tenemos en el presente caso lo siguiente: un caso de fiebre tifoidea, el cual en la convalecencia sufre una metástasis al femur, produciendo una osteo-mielitis. Aunque la infección ha hecho sus estragos en el organismo de la enferma, éste ha tenido bastante resistencia y ha defendido la infección hasta el punto de evitar una supuración difusa y rotura del abceso al exterior.

Acto operatorio. Haremos la incisión por el lado externo del qua-

driceps extensor; en todo lo posible iremos separando y tratando de no cortar las fibras del vastus externus, y llegamos al periostio que se encuentra enormemente engrosado por el proceso inflamatorio. A medida que cortamos y separamos el periostio, vemos las características de la osteitis y un poco por encima del cóndilo externo hay un punto muy necrosado y por él vemos salir el pus con tal fuerza que denota que el que se encuentra dentro del canal medular se halla sujeto a una presión bastante grande. Con el formón y la gubia abriremos una brecha en el hueso, y seguiremos abriendo brecha y raspando secuestros y limpiendo el canal medular hasta que encontremos tejido sano, único método que debemos seguir si queremos obtener algún resultado en las operaciones por osteo-mielitis. La operación se llama radical, y en ninguna intervención hay que ser más radical que en las de osteomielitis si no queremos hacer dos, cuatro, diez operaciones sobre el mismo hueso.

Creo que ya tenemos el canal y tejido canceloso de los cóndilos bien limpios; la incisión de la piel nos ha resultado como de ocho pulgadas, y la del canal del hueso como de seis, habiendo resecado toda la superficie órea enferma. Tomaremos algunos puntos a los extremos de la incisión, y dejaremos un amplio empaquetamiento con gasa iodoformada. La hemorragia no ha sido mucha en este caso.

Nota.—La curación tomó dos meses y medio en cama, y a los dos meses de haberse levantado la enferma se encuentra perfectamente bien, habiendo su peso aumentado considerablemente.

COMENTARIOS SOBRE LA APLICACION DEL 606 Y DEL 914 EN ENFERMOS ATACADOS DE AFECCIONES OCULARES.

TRABAJO PRESENTADO A LA AGADEMIA NACIONAL DE MEDICINA POR EL DR. ARTURO ARBOLEDA.

(*Repertorio de Cirugía y Medicina*)

Las primeras noticias que nos llegaron acerca del nuevo descubrimiento alemán relativo a la curación de la sífilis por medio de la introducción en la circulación de grandes cantidades de sales orgánicas de arsénico, 606 y 914, al mismo tiempo que nos indicaban de una manera precisa los métodos que habían de emplearse para hacer las aplicaciones sin temor de accidentes más o menos graves, nos advertían de una manera terminante que en ningún caso ni por ningún motivo debía aplicarse el tratamiento de Erlich en caso de que el paciente sufriera o hubiera sufrido alguna afección ocular, y muy especialmente si se trataba del nervio óptico.

Con mucha frecuencia llegan a mi consultorio enfermos sifilíticos que, por su propia iniciativa o enviados por algún colega, vienen a consultar sobre si a mi modo de ver y previo un examen oftalmológico hay en ellos algún síntoma oftalmoscópico

que venga a constituir una contraindicación para la aplicación del 606 y del 914.

Después de lo mucho que sobre el particular se ha dicho, tanto en las publicaciones científicas como en los periódicos noticiosos, y con el fin de hacer un resumen sobre cuál ha de ser la conducta del práctico para aplicar el arzenobenzol en las afecciones oculares sifilíticas, paso a citar algunas observaciones recogidas en la prensa extranjera a las que agregaré algunas de las recogidas en mi práctica personal.

M. Bistes (**Archives de Obphtalmogie**, agosto de 1911, página 527) dice que en cien sifilíticos que examinó antes de la inyección del 606 cinco tenían lesiones oculares. Ninguno de estos enfermos tratados por una inyección de 606 (0,60 centigramos) presentó ninguna alteración funcional u oftalmoscópica del órgano de la visión. En algunos se practicó una segunda inyección sin que se notase la menor alteración ocular. Tres de los enfermos tratados por el salvarsán presentaban lesiones del nervio óptico. En dos casos se trataba de atrofia, una gris y otra blanca, el 606 no causó disminución alguna de la agudeza visual ni cambió el aspecto oftalmoscópico. Los fenómenos pupilares no se modificaron. En un caso de neuritis óptica la inyección del 606 tuvo por resultado la sensible mejoría de la agudeza visual que subió de 5|18 a 5|6 en diez días. El autor concluye: "el 606 no es una preparación nociva para el ojo; la presencia de alteraciones del nervio óptico de naturaleza metasifilítica o causadas directamente por el virus específico, no constituye una contraindicación para el empleo del 606, los resultados obtenidos hasta el presente deben colocar al 606 entre los medios más enérgicos para combatir la sífilis ocular:"

En la sesión del 7 de mayo de 1912 del vigésimonono Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología, el doctor Antonelli presentó la observación de una enfermo en quien encontró parálisis del facial izquierdo, parálisis del segundo par derecho y doble neuritis óptica de forma papilar de mediana intensidad. Había, además, parálisis del acústico a la derecha, y algunas semanas después se agregó la parálisis del tercer par derecho y del espinal del mismo lado. Tratábase de un hombre de treinta y nueve años, que había recibido dos inyecciones intravenosas de arsenobenzol de 40 a 50 centigrados con veinte días de intervalo. Ninguna tara orgánica; chancro de la verga, seguido de sífilis dos meses después en el momento de la primera inyección de salvarsán.

Entre los casos análogos, dice el mismo Antonelli, muy numerosos hoy en la literatura, ninguno más típico ni mejor para reflexionar: este enfermo quedó con un estrabismo paralítico y un estado subatrófico de los nervios ópticos con reducción de la agudeza visual de un lado sobre todo. Sea cual fuere la teoría aceptada para expllcar el neurotropismo

o el meningotropismo de arsenozenzol, este medicamento, aun a dósis moderadas y en individuos jóvenes y robustos, puede producir neuritis y polineuritis cranianas. Estas últimas se relacionan a formas de meningitis subagudas oftalmopléticas, y no curan siempre, al menos de una manera completa, bajo la acción de un nuevo tratamiento arsenical o del mercurio, como se ha pretendido.

M. Goerlitz (**Klinische Monasblaetter für Augenheilkunde**, noviembre de 1911, pág. 567) habla de un enfermo que tuvo al cuarto mes de la infección (primer mes después de la primera inyección intravenosa de salvarsán y dos meses después de la segunda) parálisis del oculomotor izquierdo y neurorretinitis derecha. Ocho días después de la tercera inyección no hubo sino una muy ligera mejoría, pero algunas semanas después de fricciones mercuriales la curación era completa.

El autor estima que después del tratamiento por el salvarsán las neurorrecaídas son más frecuentes, lo que consistiría en una evolución diferente de la sífilis: se produciría en un período precoz lo que en las condiciones ordinarias no se observa sino tarde.

M. Wiegmann (**Klinische Monas blaeter für Augenheilkunde**, febrero de 1912) relata cuatro casos de oftalmoplegia externa o sin ella en que la acción del salvarsán fué particularmente rápida puesto que en cuatro o seis semanas las modificaciones fueron muy netas: la parálisis del esfínter iriano desapareció en dos casos y fué mejorada en el cuarto.

G. E. Wygodski (**Wiestnik Ophtalmologie**, abril de 1912) de sus observaciones sobre la acción del salvarsán en la práctica ocular deduce que si el salvarsán no ha justificado las esperanzas que sobre él se tuvieran en un principio no por eso hay que despreciarle en la práctica oculística, como muchos tienen tendencia a hacerlo actualmente. La posibilidad de una acción nociva del salvarsán sobre el ojo no está aún probada de una manera positiva, mientras que su utilidad es muy posible, sobre todo en combinación con el mercurio y los yoduros. Puede esperarse un efecto útil del salvarsán en las afecciones inflamatorias de la coroides y del iris, en las neuritis ópticas, en ciertos casos de queratitis parenquimatosa, y en parte en los casos recientes de parálisis de los músculos externos del ojo.

El autor recomienda sobre todo la combinación del salvarsán con el mercurio en la queratitis parenquimatosa de los niños, porque el salvarsán se opondría probablemente al debilitamiento de estos niños ya débiles por el mercurio.

G. Goldzilher (**Centralblatt für praktische Augenheilkunde**, mayo 1912, página 129), relata una observación de un enfermo de veintidós años, atacado de sordera y de iridociclitis con seclusión pupilar y glaucoma secundario. La visión era casi nula y después de una inyección de salvarsán remontó a 5|10. En otro

enfermo de treinta años, una goma ulcerada y abierta del borde palpebral superior, curó rápidamente con una inyección de 0,55 centigramos de salvarsán.

C. Fehr (Acción del salvarsán sobre el ojo, **Centralblatt für praktiscke Augenheilkunde,** junio de 1912, página 164), estudiando los datos estadísticos recogidos en el servicio oftalmológico del Hospital Virchow, en Berlín, dice que de abril de 1910 a 31 de marzo de 1912 se examinaron sistemáticamente antes de la inyección del salvarsán dos mil seiscientos treinta y seis sifilíticos; doscientos diez y siete presentaban afecciones oculares sifilícas (8,23%), diez y siete tenían parálisis oculomotoras (0,64%), veinticinco desigualdad pupilar, cuarenta y una veces existía una neuritis óptica bajo forma de edema papilar y sin alteraciones subjetivas, mientras que diez y siete veces había congestión y alteración de los bordes papilares. Esto da una frecuencia del 2, 2% de lesiones del nervio óptico antes de todo tratamiento por el salvarsán.

De este número de dos mil seiscientos examinados sólo cuatrocientos ochenta y uno volvieron a presentarse a la clínica después de la inyección del 606, y trescientos cuarenta de éstos no tenían antes del tratamiento ninguna manifestación ocular.

De estos trescientos cuarenta y seis, treinta y dos tenían lesiones oculares, a saber:

Iriis, doce veces.

Coriorretinitis, tres veces.

Neuritis óptica, once veces.

Parálisis oculomotoras, seis veces.

Si se estudian los once casos de neuritis ópticas, se nota que no existe ninguna indicación que permita atribuir esta lesión a otra causa diferente de la sífilis. Casi siempre había otros signos de sífilis, en particular de sífilis cerebral.

Además, la neuritis no apareció sino dos a nueve meses después de la inyección de salvarsán y en la mayor parte de los casos desapareció bajo la influencia de un nuevo tratamiento por el 606. Se pueden hacer las mismas observaciones a propósito de los tres casos de parálisis oculomotoras.

Fehr nota que la mayor parte de los casos de alteraciones oculares después del tratamiento por el 606 corresponden al primer año de tratamiento; un número mucho más reducido al segundo año, lo que prueba que se ha perfeccionado el tratamiento.

En la segunda parte de su artículo, Fehr considera la acción terapéutica del salvarsán en las afecciones sifilíticas.

De trece casos, una vez la curación se obtuvo en una semana; seis en dos; dos en tres.

Frecuentemente se ha notado una rápida desaparición de los fenómenos de irritación, mucho más rápida que la realizada por el tratamiento mercurial.

Seis casos de coriorretinitis o de uveitis fueron tratados por el 606; la acción terapéutica fué menos evidente y la impresión que se saca de

estas observaciones es la de que el salvarsán no es realmente eficaz sino en los casos recientes.

Al contrario en los treinta y un casos de neuritis ópticas los resultados fueron muy favorables. La mayor parte de estos casos pertenecen al período secundario de la sífilis.

En tres casos de neuritis retrobulbar, el 606 dió en un caso un resultado tanto más manifiesto cuanto que el mercurio y el ioduro habían sido empleados sin resultado. En los otros dos casos el efecto terapéutico fué nulo o dudoso.

Algunas consideraciones teóricas disuadieron a Ferh recurrir al 606 en la atrofia progresiva de los nervios ópticos y el tratamiento no fué aplicado sino dos veces sin que se notara una detención de la atrofia. En fin, en la queratitis intersticial, Ferh obtuvo resultados satisfactorios practicando inyecciones reiteradas, "mis observaciones, dice, no me llevan al pesimismo que resultaría del estudio de la literatura".

En nueve casos de parálisis oculomotoras el 606 produjo efectos favorables cuando se tartaba del período secundario; en un caso de parálisis terciaria el 606 no curó. La inmovilidad pupilar no se modificó en ninguno de los enfermos tratados por el 606.

Fehr agrega que en dos mil setecientos enfermos tratados por el 606 no ha visto un solo caso de lesiones del nervio óptico producidas por el medicamento.

M. Polack (Sociedad de Oftalmología, de París, sesión del 3 de diciembre de 1912) relata la observación practicada en un enfermo de treinta años a quien receta desde abril de 1910 para una atrofia óptica de ambos ojos. Atacado de sífilis en 1909, este enfermo tiene desigualdad papilar, signo de A. Robertson, abolisión del reflejo rotuliano, gastralgias, dolores de cintura, dolores fulgurantes muy intensos y papillas atrofiadas y blancas. La reacción de Wassermann es positiva. En pleno tratamiento mercurial por inyecciones musculares y intravenosas prolongadas hasta el fin de noviembre. La agudeza visual del ojo derecho cayó de 0,7 a 0,2 en el espacio de seis meses (de abril a octubre). En el ojo izquierdo la agudeza se mantiene casi normal para bajar a 0,8 en julio de 1911. El campo visual de ambos ojos presenta una estrechez irregularmente concéntrica.

De enero de 1911 a noviembre de 1912 el enfermo recibe diez y seis inyecciones de arsenobenzol (en los intervalos tratamiento mercurial).

El 29 de septiembre de 1912 el examen funcional demuestra que la agudeza visual ha subido de 0,8 en el ojo derecho y a la normal en el izquierdo, pero el campo visual continúa un poco estrecho. La curación se sostiene. Este resultado relativamente favorable decidió al doctor Polack a hacer inyecciones intravenosas de salvarsán a una enferma de veintiún años atacada de una doble atrofia con una agudeza visual de 0,01 en el ojo izquierdo, el único bueno (el otro tiene una mancha

de la córnea y su visión es de 0,1). Esta enferma, presentada por el autor a la Sociedad, perdió su padre de ataxia locomotriz. Nada especial en sus antecedentes personales; el Wassermann era negativo. No queda, pues, sino el tabes del padre y la lesión oftamoscópica para pensar en la especialidad.

La enferma, bordadora de profesión, fué atacada el 20 de marzo de 1912 de una fuerte alteración visual; el 19 de abril se notó un amplio escotoma central del ojo izquierdo con agudeza visual de 0,01 y estrechez concéntrica del campo visual. Se practican inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio repetidas tres veces por semana hasta el mes de julio. Durante los meses de vacaciones la enferma tomó ioduro. El 2 de octubre no hay mejoría apreciable; a partir de esta fecha hasta el 13 de noviembre la enferma recibe cinco inyecciones de neosalvarsán de 0.45 centigrados cada una; el escotoma desapareció rápidamente, el campo visual se ensanchó y actualmente la agudeza visual del ojo izquierdo es de 0,5 a 0,8. Las papilas, sin embargo, permanecen muy blancas.

LA MOSCA, INSECTO DAÑINO

MANERAS DE EXTIRPARLA

"La lucha contra las moscas..." Cuestión de actualidad en la época de los meses cálidos, pues estos insoportables insectos desempeñan un papel de los más nefastos en la diseminación de las enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea, cólera, diarrea infantil, disentería, peste, etcétera, etc.) Las medidas que deben tomarse contra ellas son: proteger los locales contra la invasión de las moscas; destruir las moscas por todos los medios, oponerse por todas partes a su reproducción, suprimiendo en la vecindad de las localidades y habitaciones, los focos favorables a la postura de estos insectos y al desarrollo de sus larvas.

Protección de los locales.—Defenderse contra la entrada de las moscas en los departamentos, es asunto relativamente fácil; por lo menos los medios no faltan. Lo más necesario consiste en el entretenimiento de una rigurosa limpieza, sobre todo en las cocinas, lavaderos, vertederos de agua, tenerías, cuadras, establos, letrinas, etc., etc., pues las moscas husmean de lejos lo que les conviene y no frecuentan si no los lugares sucios. El insecto ama la luz viva y huye de los lugares umbríos; es necesario, pues, no dejar penetrar si no poca luz en los lugares que se desea preservar. Las redes, aun con mallas anchas dispuestas alrededor de las aberturas, oponen un obstáculo eficaz al acceso de las moscas; se hace un gran uso de ellas en ciertos países cálidos. El medio es excelente; permite la aeriación, las moscas se posan sobre las redes y no las franquean. Pero para asegurar el éxito de ellas, es necesario que la luz no penetre si no del lado protegido, porque si la habitación está aclarada por dos ventanas opuestas,

las moscas pasan cómodamente al través de las mallas de la red.

Destrucción de las moscas.—Numerosos son los medios para la destrucción de las moscas en los locales en que ellas han penetrado. Son varios los que hay de uso corriente: trampas de vidrio en forma de nasa en donde los insectos vienen a ahogarse en agua de jabón, papel de lija, papel llamado "Mata-Moscas" envenenado en una solución arsenical, antimonial, o en una maseración de cuasia-amara, y que se coloca humedeciéndola, en el fondo de un plato. Las moscas intoxicadas por esta clase de papel caen con frecuencia fuera de los recipientes en donde ellas han absorbido el veneno, lo que no es sin inconvenientes para las cocinas y almacenes de comestibles.

El polvo de pelitre es un insecticida bastante propagado y se utiliza de dos maneras: 1a. Haciendo obrar el humo que se desprende de su combustión lenta (cerca de cinco gramos por metro cúbico). 2a. Esparciendo el polvo, por medios de sopletes apropiados, en los locales que frecuentan las moscas. Este insecticida es bastante caro, y su actividad depende de la buena calidad del producto. Las moscas no son siempre matadas, pero simplemente entorpecidas, y es necesario recogerlas para triturarlas o ahogarlas.

Otros medios poco o nada conocidos merecen ser vulgarizados.

El Formol, obrando por ingestión, es muy tóxico para las moscas; se les ofrece a su golosina en una substancia atraedora, como la leche. El mejor medio de empleo consiste, según las indicaciones de Trillat y Legendre, en disponer en recipientes anchos y llanos una mezcla de 15 por 100 de Formol comercial, 25 por 100 de leche y 65 por 100 de agua; se le puede agregar un poco de azúcar. Las moscas, golosas de la leche, ingieren el brevaje y perecen algunos momentos después de su acción; sus cadáveres caen en gran número, no en los recipientes pero sí alrededor y a veces bastante lejos. La mezcla preparada de esta manera, puede servir durante muchos días, y da invariablemente excelentes resultados, excepto a la aproximación del invierno, cuando las moscas están entorpecidas y no se nutren más.

Medidas destinadas a impedir la reproducción de las moscas.—Estas medidas son en definitiva "las solas verdaderamente eficaces; la protección de las habitaciones contra el acceso de las moscas y la destrucción de las que allí penetran, no representan si no una débil parte de la lucha contra estos insectos. Si las moscas pululan tan abundantemente en los recintos rurales, los campos ocupados, las ciudades sucias y en la perifelia de éstas es que ellas encuentran las materias sujetas a la putrefacción o putrefactas larvas. Los montones de basuras domésticas o de estercoleros tolerados en el interior o la vecindad de las ciudades, las fosas que reciben las materias fecales, los mataderos y mercados y mercados mal dispuestos, las instalaciones de depura-

ción de las aguas de compuertas, etcétera, constituyen focos privilegiados para la reproducción de las moscas. Suprimir estos medios de cultivo conduciría a suprimir los insectos.

Ciertas ciudades de la América del Norte provocan la admiración de los que la visitan, no por la rareza, sino por la ausencia de las moscas. Estas ciudades se distinguen también por el cuidado de vigilancia de la limpieza general, por las medidas de limpieza de las calles, de higiene urbana o privada.

En las explotaciones rurales, como en todas las partes en que existen establos y cuadras, sería necesario durante la estación cálida, de proceder con frecuencia, a lo menos dos veces por semana al levantamiento de los estercoleros y a trasportarlos lejos. Se debe admitir, en efecto, de una manera general que un intervalo de seis a siete días debe transcurrir entre la postura de las moscas y la eclosión de los insectos alados. El uso de fosas de estiércol cerradas o cubiertas es recomendable. En las cuadras, después del levantamiento de estiércol, se ven con frecuencia innumerables larvas hormiguear en el estiércol líquido que existe en la superficie del suelo o entre los adoquines; las aves de corral, muy amantes de estas larvas con las cuales ellas se nutren ávidamente, son auxiliares que es necesario no descuidar.

Pero hay montones de inmundicias (estercoleros, depósitos de porquerías, fosas de materias fecales) que no se pueden siempre transportar con frecuencia o proteger eficazmente contra la visita de las moscas. En este caso se recurrirá a las substancias larvicidas. Los ensayos experimentales practicados en las estaciones entomológicas de los Estados Unidos e informados por Howard, suministran útiles indicaciones con respecto a este asunto.

El cloruro de cal se ha mostrado un agente muy eficaz para la destrucción de las larvas. Así es que con razón el profesor Guitel, de Rennes, (Francia) recomienda espolvorear la superficie de los estercoleros después de cada nueva traída de estiércol.

La cal hidratada, el petróleo, el sulfato de hierro en solución fuerte, 20 por 100 o en polvo, están igualmente dotados de un poder larvicida muy poderoso, el sulfato de hierro es además dexodorizante y no parece perjudicar a los cultivos.

La solución de una mezcla de borax y de arseniato de soda es particularmente tóxico para las larvas (Howard); pero su empleo no sería quizás sin peligro para los que la manipulan.

El regadío abundante de los depósitos de porquerías y de estiércol con una lechada de cal recientemente preparada, constituye un medio simple, poco costoso y fácil de realizar; el mismo líquido podría utilizarse a la asperación del suelo de las cuadras y de los establos después del levantamiento de los estercoleros.

La proyección de cal viva en las fosas de materias fecales está recomendada en los Estados Unidos para las habitaciones rurales. El profesor Guitel, antes citado, aconseja verter todos los seis meses en las fosas un litro de petróleo por metro cúbico.

Experiencias hechas en diversos pnntos han establecido que el aceite verde Schisto ha dado muy buenos resultados, quizás los mejores, (mézclese agitando fuertemente partes iguales el aceite de Schisto y de agua, y después espársace el todo sobre la superficie que hay que proteger).

El procedimiento es poco costoso; el litro de aceite de Schisto cuesta en Francia seis centavos. Regando con ella los estercoleros y depósitos de basuras se destruyen las larvas y se descartan las hembras ponedoras. El mismo tratamiento se aplica a las letrinas rudimentarias de las habitaciones rurales.

A estos medios actualmente recomendados, el porvenir vendrá, quizás, a añadir otros de un orden diferente: el recurso a los enemigos naturales del ser dañino que importa destruir.

Semejante esperanza no debe ser considerada como vana, viendo los resultados ya obtenidos en esta vía por la agricultura, sea que se haga obrar microbios u hongos patogenos para la especie, considerada, sea que se esparza, en el medio que hay que proteger de los insectos.

Los agricultores de California preservan en la actualidad sus árboles frutales y los cultivos de mellón contra los destrozos de los pulgones por medio de un coleóptero parecido a nuestro "cocеinelles" "Hyppodamia Cunvergies" (en España llaman a este insecto "Vaca de San Antón"); estos coleópteros son recogidos durante la estación fría en las montañas, en donde ellos invernan y se esparcen en la primavera a los plantíos. Es también a una Conceinelle exótica (Narvius Cardinalis) que la "Provenza" acaba de confíar con éxito la defensa de ciertos árboles o arbustos contra los inquietantes destrozos de una "Predaten", cochinilla recientemente introducida de Italia en el Sudeste; esta cochinilla está criada por las estaciones entomológicas y dispersada enseguida en las explotaciones rurales.

Este artículo, cuyo autor es el doctor Vaillard está tomado, anotado y traducido por el que suscribe del periódico de medicina "Revue d'hygiene et de police sanitaire". Pero antes de concluir deseo llamar la atención a la Junta de Agricultura de Puerto Rico sobre el último particular o sea el de los coleópteros, con el fin de, si es posible, importar de California o de Francia algunos ejemplares de los insectos que en él se mencionan, que sería posible aclimatar, porque huyen del invierno, y de esta manera propender a la protección y defensa de los árboles frutales y de los arbustos, como el café y de las plantas como el tabaco y la caña de azúcar contra sus enemigos, los insectos voraces

que conocen todos los agricultores de Puerto Rico.

Dr. José Antonio Vázquez

CONTRA LAS MOSCAS

(De la Revista vegetariana Año V. No. LIV)
BARCELONA, ESPAÑA.

Es una cuestión muy interesante y que pronto va a ponerse a la orden del día.

Generalmente la lucha contra las moscas no despierta tanto interés como la lucha contra los mosquitos, sin duda porque se considera más molesto al más diminuto y sutil de esos huéspedes importunos, a quien se mira con especial hostilidad desde que se sabe que se hace vehículo de gravísimos contagios; sin embargo de que se hallan en el mismo caso las moscas, en particular las carbunculares.

Por esto nosotros, los médicos, tronamos contra la plaga de las moscas, y nuestra voz no se pierde en el desierto. En Inglaterra, país práctico si los hay, los poderes públicos no desdeñan ocuparse de las moscas para combatirlas en unión del público; y en Francia no deja de llamar la atención este asunto de higiene pública y privada.

La mosca doméstica es desesperante por dos inconvenientes principales: da asco en los alimentos y ensucia cuanto toca. Pero no es esto lo peor, sino que disemina los huevecillos de los parásitos y gérmenes microbicos con facilidad siniestra, según lo ha puesto de manifiesto el Dr. Vaillard. Grassi ha demostrado que la mosca ingiere dichos huevecillas y pasan sin alteración alguna por su cuerpo, quedando depositados con el excremento, sin haber perdido nada de su vitalidad funestísima. Tal sucede con los huevecillos del oxiuro, tricocéfalo, tenia achinococus, tenia nona, etc., parásitos destructores de la salud humana y procedentes de otros enfermos o de animales.

Tocante a los microbios patógenos, hase comprobado por numerosos experimentos que la "mosca doméstica" puede esparcir los gérmenes del cólera, tifus, disentería, lepra, etc. El excremento de una sola mosca puede contener muchos más microbios que una muestra de agua contaminada. Clox, Lewis y Glynn, en Liverpool, han hallado que las moscas capturadas en los locales de desinfección de las inmundicias procedentes de las industrias insalubres contenían y transportaban 500 millones de bacterias; y que las procedentes de un descuartizador contenían cien mil millones.

La guerra a las moscas lo es, pues, a las enfermedades infecciosas y tiene su "pendant" en la guerra a los mosquitos, que tan buen resultado ha dado en las que fueron nuestras colonias. Comprende tres fases: impedir la entrada del insecto en nuestras viviendas, particularmente en los comedores y cocinas; destruirlo, si ha llegado a penetrar, y combatir reproducción, quitándole las circunstancias que la favorezcan.

Lo primero es relativamente muy fácil. Basta el cuidado de la limpieza en toda la casa y muy particularmente en los departamentos citados, lavaderos y retretes. Las moscas aman la luz viva y huyen de los sitios oscuros, indicando con ello el medio de alejarlas. Además las telas metálicas, que impiden el acceso de aquéllas y no el del aire, prestan muy buenos servicios preservativos lo mismo en las ventanas que para proteger las viandas.

Supongamos que, a pesar de estas precauciones, el enemigo entra en la plaza, cosa que su insidia le induce a conseguir. Entonces hay que aniquilarlo, sin darle tregua ni cuartel. Son varias las armas mortíferas antiguas y modernas, debiendo citarse, entre las primeras, las clásicas trampas de cristal en el interior de las cuales caen las moscas y hallan la muerte, ahogándose en agua jabonosa. Hay también el papel de lija; los papeles matamoscas envenenados con una disolución arsenical o de antimonio, o por maceración en infusión de cuasia amarga; siendo preferible la última de estas substancias, porque las moscas envenenadas con arsénico o antimonio no dejan de hacerse peligrosas, si van a morir en la cocina o en un almacén de comestibles.

También se halla muy extendido el polvo de piretro, que se utiliza de dos maneras: en polvo y en volatilización por el humo que su combustión va desprendiendo lentamente. Cinco gramos bastan para sanear un metro cúbico de espacio saneable.

Por último, puede recomendarse el formol, lo mismo que el cresol. El primero se coloca en un recipiente plano, adicionándolo con un 15 por 100 del segundo, 25 por 100 de leche o suero, que atrae las moscas, y un 65 por 100 de agua. Las moscas fácilmente ser barridas. Bouvet y Roubaut recomiendan el cresol en fumigaciones, que tienen la ventaja de servir también contra los mosquitos, lo que las hace preferibles en los países cálidos. Se le evapora en una estufilla o en una lámpara de espíritu de vino a la indicada dósis y los vapores que despide, tóxicos para las moscas, no lo son para el hombre, ni deterioran los objetos, metales, ni dorados. Su olor no es desagradable y su único inconveniente es que los vapores que despide, blancos al principio y azulados después, irritan un poco los ojos.

El tercer punto estratégico contra las moscas es el exterior, todavía más importante, porque, descuidado, es un foco de reproducción del insecto. La medida radical sería suprimir todo cúmulo de inmundicia procedente de mercados, desechos alimenticios, basuras, etc., cosa que puede conseguirse con cuidado y celo por parte de los encargados de la limpieza y vigilancia pública, si les secunda el vecindario. Y en cuanto a los focos que no puedan destruirse, como los albañales y depósitos de letrinas, hay que desinfectarlos con substancias larvicidas, tales como el cloruro de cal, cal hidratada, petró-

leo, sulfato de hierro al 20 por 100, etc., etc.

La mosca tiene también enemigos naturales muy encarnizados en las arañas; y ya que no sea decoroso conservarlas en la morada del hombre, deben dejarse en las cuadras y graneros por los buenos servicios

En resumen: la mosca es una verdadera y terrible plaga casera y su presencia acusa siempre poca limpieza o proximidad de suciedades. En casa absolutamente limpia, como en boca cerrada, no entran moscas.

Max.

EL ALCOHOL CONTRA LA RAZA

(Revista Vegetariana Año V. No. LIV)
BARCELONA ESPAÑA

DR. BLANC.

¿Es un alimento conveniente el alcohol? Ahí está el "quid". Triboulet por modo asaz pintoresco, pero al alcance de todo el mundo, expone su opinión diciendo: "El motor humano, a lo menos en Francia, no está en disposición de marchar por medio del alcohol; y puesto que hemos hecho uso de la comparación mecánica del motor, permítasenos (sin olvidar que la comparación no es una razón) preguntar, ¿por qué teniendo a nuestra disposición productos de fuerza como la dinamita y la panclastita, empleamos para los motores el vulgar petróleo? La razón es bien sencilla, pero de una lógica irrefutable: es porque el átomo de panclastita "isodinamo" se hace intolerable para nuestros pobres motores, que no pueden con ella."

De antiguo es sabido que el crimen alcohólico está casi siempre en relación con la taberna, el mayor enemigo de la familia, pues alejando al hombre del hogar le lleva a consumir en aquélla lo que necesitaba para el sustento de la esposa e hijos, haciendo además el alcohol perder los hábitos de trabajo y de perseverancia. Degradación moral y física, miseria en el hogar, he aquí en resumen lo que se consigue en la taberna. Esto nos conduce a hablar de la intoxicación crónica.

El alcohol es nocivo de un modo especial para los niños. Aristóteles en su **Política** (libro IV) dedica un capítulo (el XV) a la **educación durante la primera infancia,** donde sostiene ser "preciso abstenerse de dar vino a los niños por temor a las enfermedades que engendra", en lo cual muéstrase más radical que Hipócrates, que aconsejaba dárselo muy aguado; verdad es que Aristóteles se refería a la **primera infancia.** Huffeland atribuía también al vino dado a los niños no sé cuántos maleficios. Comby, aun después del destete, proscribe el vino, la cerveza y el café de la alimentación de los niños.

En un reciente tratado de **Paidología** el holandés M. C. Schuyten, a pesar de que considera el alcohol como un alimento, no cree que se deba propinar a los niños porque su sistema nervioso es todavía demasiado tierno para resistir a la excitación alcohólica, cuya repetición produciría, después de un tiempo más o menos largo, una debilitación

de las más funestas consecuencias para el crecimiento normal.

Aun para los jóvenes se consideraba en Grecia nocivo el vino puro, bebiéndolo tan sólo aguado. Salíanse los jóvenes de los banquetes cuando al fin de la comida se escanciaba el vino puro a los demás convidados. "El profesor Dr. Thomas, director del Hospital de niños de Friburgo, dictamina que los adolescentes pierden con el uso de bebidas espirituosas la frescura del cuerpo y del ánimo; se desarrollan prematuramente, empobrecen su sangre y aprenden de un modo poco satisfactorio. No raras veces se estropea su carácter, y de dóciles y apacible que antes eran, vuélvense irritables e indóciles."

Dicen de Londres que el médico jefe de la Casa de Salud para víctimas del alcoholismo de Rickmansworth, acaba de publicar su informe ánnuo sobre los borrachos ingleses.

Es una curiosa estadística, donde son clasificados los alcohólicos por profesiones, ocupaciones, edades y temperamentos.

En veinte años han sido tratados en el sanatorio 1.064 ébrios impenitentes.

Según el médico en cuestión, más de la mitad, 548 exactamente, adquirieron el vicio por exceso de sociabilidad. Eran tan corteses que en cuanto veían a un amigo querían convidarle.

La ociosidad, madre de todos los vicios, es también causa eficientísima de la embriaguez. 256 casos, de los 1.046 de la estadística, fueron provocados por ella.

He aquí la influencia de las profesiones definidas, como se manifiesta:

Los comerciantes borrachos incorregibles enviados al Sanatorio han sido 107; los médicos 79; los empleados públicos, 77; los industriales dueños de fábricas, 50.

En cambio, no ha habido en veinte años en el Sanatorio ningún contratista de obras.

Tampoco ha habido joyeros, naturalistas, agrimensores ni vendedores de tabaco. La influencia de la ocupación se traduce en las cifras siguientes:

Taberneros, 29; ex residentes en las colonias, como empleados o negociantes, 16; militares, 13; viajantes de comercio, 9; periodistas, 4; tratantes de ganado, 2; bolsistas, 2; actores, 1.

Los agentes del alcoholismo han sido: en 344 casos, el whisky; en 218, todas las bebidas espirituosas; en 129, la cerveza, alternada con otras bebidas; en 23, la cerveza sola; en 11, a ginebra, y en 2, la absena.

La edad crítica para los bebedores es de los 30 a los 40 años.

Los casados son más borrachos que los solteros.

En la estadística hay 533 casados ébrios incorregibles por 447 solteros y 54 viudos.

La estadística de los temperamentos señala 680 borrachos nerviosos, 177 nerviosos songuíneos, 150 sanguíneos, 39 linfáticos y 18 pasionales.

ASAMBLEA ANUAL

Según fué resuelto por la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico en su sesión de 28 de Julio del presente año, la próxima Asamblea Anual de esta Asociación tendrá lugar en la ciudad de Ponce los días 13 y 14 del próximo mes de Diciembre.

Los trabajos de la Asamblea se iniciarán el sábado 13 de Diciembre a las dos de la tarde con la primera sesión de la Cámara de Delegados. El día 13 por la noche se reunirá el Consejo de la Asociación, y durante el domingo tendrán lugar las sesiones científicas y segunda de la Cámara.

El orden del programa será el siguiente, y dentro de él se harán todas las adiciones que sean necesarias hasta completar el programa final:

Día 13 de Diciembre. — 2. P. M.

Primera sesión de la Cámara de Delegados.

1o. Lectura y discusión del informe del Tesorero.

2o. Lectura y discusión del informe del Secretario.

3o. Informes de los Consejeros.

4o. Informe del Consejo o Junta de Censores, en el cual debe informarse acerca de todos los gastos de la Asociación durante el año, propiedades de la Asociación y todas las sugestiones que dicha Junta crea oportunas hacer para la buena marcha de la Asociación.

5o. Elección del representante a la Cámara de Delegados de la Asociación Médica Americana.

6o. Lectura y discusión del informe del Comité para el estudio de la cuota que debe pagarse a la Asociación y el modo de satisfacerla. Doctores Gómez Brioso, Ramos Casellas y Pila Iglesias.

7o. Fijar el sueldo que ha de percibir el Secretario y nombrar un escribiente o secretario de actas, cuyo sueldo debe ser fijado de acuerdo con el Consejo.

8o. Nombramiento por el Consejo de un editor del "Boletín" y sus auxiliares.

Día 14.—Por la mañana.—9 A. M.

Sesión Científica.

1o. Discurso del Presidente de la Asociación.

2o. Certamen científico, "El Paludismo en Puerto Rico". Adjudicación del premio.

3o. Lectura y discusión del comité nombrado en la Asamblea Anual de 1912 para hacer un estudio del "Sprue" en Puerto Rico. Doctores Salazar, Muñoz Díaz, Ashford y Pila Iglesias.

4o. La finalidad de la Asociación Médica y la necesidad de los seguros de vida. Doctor Eliseo Font y Guillot.

Siguen todos los demás trabajos que han de ser presentados.

Día 14.—Por la tarde.—2 P. M.

1o. Segunda sesión de la Cámara de Delegados, a las dos de la tarde. Lectura del acta de la sesión ante-

rior y elección de los funcionarios: Presidente, Vice-Presidente, Secretario, Tesorero y un consejero por tres años.

2o. Elección del sitio y la fecha para la Asamblea Anual de 1914.

Durante el resto de la tarde y la noche, continuarán los trabajos hasta dar término al programa.

En la sesión de la noche del día 14 tomarán posesión de sus cargos los funcionarios electos.

CERTAMEN CIENTIFICO

La siguiente resolución fué adoptada en la Asamblea Anual de 1912, habiéndola originado un trabajo sobre paludismo presentado por el doctor Vergnes Castello.

Primero. La Asociación Médica de Puerto Rico abre por una sola vez, y por el término de un año, un concurso público con el fin de premiar la mejor monografía acerca del paludismo en Puerto Rico.

Segundo. Los trabajos serán originales, anónimos y escritos con maquinilla. Serán presentados en pliegos cerrados con un lema o número que deberá constar también en otro sobre cerrado que contendrá el nombre o nombres del o de los autores de la monografía presentada.

Tercero. La calificación de los trabajos la hará el Presidente de la Asociaciación, en unión de los Presidentes de las Asociaciones de Distrito.

Cuarto. El premio consistirá en una placa o medalla de oro con el nombre de la Asociación y el del autor o autores premiados, de un valor no menor de cien dollars o su equivalente en efectivo, pudiendo, la que llamaremos Junta del Concurso, conceder dos premios más si lo juzgasen conveniente a las memorias o monografías que sigan en importancia científica a la premiada, o declarar vacante el concurso, si lo que no es de esperar, no hubiere trabajo a su juicio merecedor del premio. Los premios concedidos darán a sus poseedores el derecho para titularse "Laureados por la Asociación Médica de Puerto Rico".

Las demás condiciones del concurso, así como la manera de hacerlo solemnemente la apertura de los sobres con el nombre del o de los autores premiados, como también el reparto de premios y demás incidentes que pudieran presentarse, queda al buen criterio de la Junta Directiva de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Nota: Las únicas condiciones que se exigen para poder tomar parte en el concurso son: ser médico y ejercer en la Isla de Puerto Rico.

Respetuosamente,

Firmados:

J. A. Vázquez,
Felipe Vizcarrondo,
J. Chacar.

NECROLOGIA

La Asociación Médica de Puerto Rico acaba de perder uno de sus más distinguidos miembros con la

muerte trágica del Dr. Julio Audinot.

El doctor era de un carácter franco, bondadoso, ilustrado, y tenía para todos los que le trataban una profunda simpatía.

Como profesional, era competente y fiel cumplidor de sus deberes. Además, el doctor Audinot era un ser humanitario con los pobres.

En su vida pública, era un modelo ejemplar de corrección, de buenas costumbres y de trato social sumamente exquisito.

Nació el doctor Audinot en la ciudad de Mayagüez; era hijo de otro notable médico, que dió alto prestigio a la clase médica del país.

El compañero que tan trágicamente acaba de desaparecer, ocupaba un puesto de confianza en el Departamento de Sanidad, y en el cumplimiento de su deber encontró la muerte.

La Asociación Médica de Puerto Rico siente en lo más profundo, la pérdida del malogrado compañero y recordará para siempre el nombre de Julio Audinot como uno de los médicos que en el desempeño de su sagrada misión sucumbió trágicamente.

Nosotros le lloramos.

DECALOGO DE LA HIGIENE

He aquí el formulado por el doctor Decorneti, que ha sido agraciado con el premio Hachette.

1.° Higiene general. — Levántate temprano, acuéstate pronto y ocupa bien el día.

2.° Higiene respiratoria. El agua y el pan sostienen la vida; pero el aire puro y el sol son indispensables a la salud.

3.° Higiene gastro-intestinal. — La frugalidad y la sobriedad son el mejor elixir de larga vida.

4.° Higiene de la piel y de los orificios.—La limpieza preserva de las impurezas; las máquinas mejor conservadas prestan más largo servicio.

5.° Higiene del sueño.—Suficiente reposo repara y fortifica; demasiado reposo enerva y debilita.

6.° Higiene de vestir.—Vestirse bien quiere decir conservar el propio cuerpo con la libertad de los movimientos y el calor necesario, preservándolo de las bruscas variaciones de la temperatura.

7.° Higiene de las habitaciones. —La casa bonita y alegre hace agradable el hogar.

8.ª Higiene moral.—El espíritu reposa y adquiere perspicacia con las distracciones y las diversiones; mas el abuso de éstas lleva a la pasión al vicio.

9.ª Higiene intelectual.—La alegría hace amar la vida, y el amor a la vida es la mitad de la salud; al contrario, la tristeza y el descorazonamiento hacen avanzar la vejez.

10. Higiene profesional.—¿Vives del cerebro? No dejar aniquilarse los brazos y las piernas. ¿Te ganas la vida con el trabajo de tus brazos? No olvidar de ilustrar tu inteligen-

cia y engrandecer tu pensamiento.

Otro decálogo digno de ser leído contra la tuberculosis, por el doctor Verdes Montenegro:

I. Harás de la alimentación el más importante de tus gastos.

II. Elegirás vivienda soleada y ventilada, destinando en ella a alcoba el mejor cuarto de la casa, y haciéndola desinfectar antes de ocuparla.

III. Huirás de todo taller sucio o mal ventilados y donde estén aglomerados los obreros.

IV. Evitarás que levanten polvo al limpiar la habitación y sus muebles.

V. Emplearás los días y las horas de descanso en pasear y jugar al aire libre.

VI. Tendrás exquisito cuidado en la limpieza de tus ropas y de tu cuerpo, bañándote siempre que te sea posible, enjuagándote la boca antes y después de comer y lavándote las manos muchas veces al día.

VII. No escupirás en el suelo en los locales cerrados ni en las aceras en la calle.

VIII. Rechazarás los alimentos que hayan estado expuestos al polvo y a las picaduras de los insectos, y no los recogerás del suelo si te cayeren.

IX. Evitarás todo exceso, lo mismo en el trabajo que en los placeres.

X. No utilizarás ropas usadas sin previa desinfección.

COLEGIOS DE MEDICINAS ACEPTADOS POR EL CONCEJO MEDICO DE EDUCACION

DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

Alabama.

University of Alabama Medical Department.

California.

Leland Stanford Junior University Medical Department (Cooper Medical College).

University of California Medical Department, San Francisco-Los Angeles.

Colorado.

University of Colorado, School of Medicine.

Connectitud.

Yale Medical School.

District of Columbia.

George Washington University, Department of Medicine.

Georgetown University School of Medicine.

Illinois.

Northwestern University Medical School.

Rush Medical College, University of Chicago.

College of Physicians and Surgeons, Chicago.

Hahnemann Medical College and Hospital, Chicago.

Indiana.

Indiana University School of Medicine.

Iowa.

State University of Iowa, College of Medicine.

State University of Iowa, Homeopathic College.

Drake University, College of Medicine.

Kansas.

University of Kansas, School of Medicine.

Kentucky.

University of Louisville, Medical Department.

Louisiana.

Tulane University of Louisiana, Medical Department.

Maine.

Medical School of Maine.

Maryland.

Johns Hopkins University, Medical Department.

University of Maryland, School of Medicine.

College of Physicians and Surgeons, Baltimore.

Baltimore Medical College.

Massachusetts.

Boston University, School of Medicine.

Harvard Medical School.

Tufts College Medical School.

Michigan.

University of Michigan, Department of Medicine and Surgery.

University of Michigan. Homeopathic College.

Detroit College of Medicine.

Minnesota.

University of Minnesota, College of Medicine and Surgery.

Missouri.

St. Louis University, School of Medicine.

Washington University Medical Department.

University Medical College, Kansas City.

Nebraska.

Creighton Medical College.

University of Nebraska, College of Medicine.

New Hampshire.

Dartmouth Medical School.

New York.

Albany Medical College.

Columbia University Medical College of Physicans and Surgeons.

Cornell University Medical College.

Fordham University, School of Medicine.

Long Island College Hospital.

New York Homeopathic Medical College and Hospital.

Syracuse University, Medical Department.

University and Bellevue Hospital Medical College.

University of Buffalo, Medical Department.

Ohio.

Ohio-Miami Medical College, Medical Department, University of Cincinnati.

Starling-Ohio Medical College.

Western Reserve University, Medical Department.

Oregon.

University of Oregon, Medical Department.

Pennsylvania.

Hahnemann Medical College and Hospital, Philadelphia.

Jefferson Medical College.

Medico-Chirurgical College of Philadelphia.

University of Pennsylvania, Medical Department.

Woman's Medical College of Pennsilvania.

University of Pittsburg, Medical Department.

Tennessé.

Vanderbilt University, Medical Department.

Texas.

University of Texas, Medical Department.

Vermont.

University of Vermont, College of Medicine.

Virginia.

Medical College of Virginia.

University College of Medicine.

University of Virginia, Department of Medicine.

2. Giving a two-year course acceptably:

Mississippi.

University of Mississipi, Medical Department.

Missouri.

University of Missouri, Medical Department.

North Carolina.

University of North Carolina College of Medicine.

Wake Forest College, Medical School.

North Dakota.

University of North Dakota, College of Medicine.

Oklahoma.

University of Oklahoma School of Medicine.

South Dakota.

University of South Dakota, Department of Medicine.

Utah.

University of Utah, Department of Medicine.

West Virginia.

West Virginia University, Department of Medicine.

Wisconsin.

University of Wisconsin, College of Medicine.

3. Medical Schools for the Colored Race:

Howard University, Medical Department.

Mechary Medical College, Nashville, Tenn.

FELLOWS DE LA ASOCIACION MEDICA AMERICANA

Los siguientes médicos han sido elegidos "Fellows" de la Asociación Médica Americana, después de haber cumplido con los requisitos de cuotas y certificación de ser cada uno de ellos miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

Doctores: Esteban García Cabrera, Jacinto Avilés, José Belaval Arsenio Vallecillo, Salvador Guilliani, Jorge del Toro.

Todo médico que sea "Fellow" de la Asociación Médica Americana, tiene derecho a todos los privilegios que concede la Asociación y recibirá el "Journal", revista médica importante por sus trabajos originales.

Aviso importante.

Todo miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico que desee presentar algún trabajo en la próxima Asamblea Anual, debe notificar a alguno de los miembros del Comité de Asuntos Científicos para que se le dé cabida en el programa. Dicho Comité está compuesto por

los doctores Pedro Gutiérrez Igaravidez, Guillermo Salazar y del Secretario de la Asociación.

Todo miembro de la Asociación Médica de Puerto Rico que desee ingresar como "fellow" de la Asociación Médica Americana, puede hacerlo solicitando del secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico el debido impreso, el cual le será remitido, siendo refrendado por el secretario de nuestra Asociación, siempre que el miembro que haga la solicitud se encuentre al día en el pago de sus cuotas y observe los demás requisitos obligados á los miembros.

El impreso y petición lo debe enviar directamente el solicitante.

—o—

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO.

PUBLICACIONES RECIBIDAS.

Boletín Oficial de la Dirección de Sanidad de Puerto Rico.

Gacette Medicale de París, Francia.

1 La Medicina Internacional.—13 Rue de Poissy. París. Francia.

2 Repertorio de Medicina y Cirugía.—Apartado 102.—Bogotá. Colombia S. A.

3 Bulletin John Hopkin's Hospital.—New York.

4 Gaceta Médica Catalana.—Barcelona, España.

5 Le Journal Médica Francais.—Paris, Francia.

6 Archivos del Hospital Rosales.—República del Salvador. C. A.

7 Revista Terapeútica de los Alcaloides.—París, Francia.

8 Revista de Medicina y Cirugía Práctica.—Madrid España.

9 Revista de Medicina y Farmacia.—Murcia España.

10 Revista Vegetariana Naturalista.—Barcelona, España.

11 Medical Record.—New York.

12 The Journal of the American Medical Association,—Chicago Ill.

13 Boletín del Consejo Nacional de Higiene.—Montevideo Rep. del Uruguay.

14 Anales Médicos de Puerto Rico.

15 Revista Médico-Farmacéutica Dominicana.

16 Revista dental de la Habana.—Cuba, Gaono 12.

Directorio de los miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico.

DISTRITO DE SAN JUAN:

B. K. Ashford.........San Juan.
F. Aguirre ....Trujillo Alto.
J. G. Amadeo ....Vega Baja.
J. Avilés...............San Juan.
J. Flores Arrieta......Río Piedras.
A. Bou de la Torre........Corozal.
J. C. Barbosa...........San Juan.
J. Belaval...............San Juan.
G. Curbelo..............San Juan.
J. M. Cueto.............San Juan.
José N. Carbonell.......San Juan.
G. Carreras ....San Juan.
J. Chacar.............San Juan.
A. Carbonell...........San Juan.
E. Font y Guillot........San Juan.
M. Fernández Náter.....Bayamón.
I. González Martínez ....San Juan.

E. García Cabrera Jr. ....San Juan.
P. Gutiérrez Igaravidez ..San Juan.
S. Giuliani ....San Juan.
J. Gómez Brioso ....San Juan.
W. A. Glines ....San Juan.
L. Figueroa ....Bayamón.
Vicente Roure ....Río Piedras.
F. de Juan ....San Juan.
A. Janer Palacios ....San Juan.
J. A. López Antongiorgi..San Juan.
A. Lacasa ....San Juan.
R. López Sicardó ....San Juan.
J. Lugo Viña ....San Juan.
W. F. Lippitt ....San Juan.
J. Monagas ....San Juan.
F. Matanzo ....San Juan.
G. Muñoz Díaz ....San Juan.
J. Marcano ....Río Piedras.
A. Molina de St. Remy...San Juan.
J. S. Morales ....Vega Baja.
A. Martínez Alvarez ....San Juan.
L. D. Otero ....Toa Atla.
L. Pereira Leal ....Guaynabo.
M. Quevedo Báez ....San Juan.
S. Ross ....San Juan.
M. O. de la Rosa ....Comerío.
A. Santana Náter ....San Juan.
J. E. Saldaña ....San Juan.
Marie A. Seixas ....San Juan.
Jorge del Toro ....San Juan.
C. Vogel ....San Juan.
E. Verges Casal ....San Juan.
A. Vallecillo ....San Juan.
F. del Valle Atiles ......San Juan.
P. Malaret Jr. ....San Juan.
Palmira Gatell ....San Juan.
P. del Valle Atiles ......San Juan.
J. A Vázquez ....San Juan.
W. R. Watson ....San Juan.
J. Guzmán Soto ....San Juan.
Jacobo Caldelas ....San Juan.
Julio Barreiro ....San Juan.

DISTRITO DE ARECIBO:

F. Alemán ....Arecibo.
F. A. García ....Camuy.
A. Gaztambide ....Arecibo.
M. Martínez Rosselló ......Arecibo.
M. Roses Artau ....Arecibo.
P. Rivera ....Utuado.
F. Susoni ....Arecibo.
R. Vergne Castelo ....Barceloneta.

DISTRITO DE AGUADILLA:

J. Benet ....Lares.
A. Diez ....Lares.
J. E. Igartúa ....Aguadilla.
B. Jiménez Serra ....Aguadilla.
M. Rdoríguez Cancio.San Sebastián.
J. Reguero Feliú ....Quebradillas.
A. Torregorosa ....Aguadilla.

DISTRITO DE MAYAGUEZ:

P. Perea Fajardo ....Mayagüez.
W .W Creswell ....Mayagüez.
M. Dueño. ....Añasco.
C. Hernández ....Mayagüez.
R. U. Lange ....Mayagüez.
F. Martínez ....Las Marías.
J. Martínez Guasp ....Mayagüez.
A. Oms ....Maricao.
L. F. Santos ....Mayagüez.
F. Tió ....Sabana Grande.
Luis D. Vadí ....Mayagüez.
F. Vilella Vélez ....Cabo Rojo.
Pascual A. Rivera ....San Germán.
L. García de Quevedo..San Germán.
M. Guzmán Rodríguez...Mayagüez.
Nicolás Sanabria .....San Germán.
Arquelio Ramírez ..Sabana Grande.

DISTRITO DE PONCE:

J. R. Audinot ....Yauco.
J. Ferrer Torres ....Ponce.

A. Mayoral ....Ponce.
R. Gatell ....Yauco.
M. Garratón ....Ponce.
A. García ....Juana Díaz.
J. González...........Juana Díaz.
P. Hernández ....Ponce.
R. López Nussa............Ponce.
P. Malaret ....Ponce.
E. F. Otis ....Peñuelas.
M. de la P. Iglesias.........Ponce.
A. Pietri ....Ponce.
D. Pérez Marchán ....Ponce.
F. Suárez ....Ponce.
G. Salazar ....Ponce.
V. Santoni .... Ponce.
Alvaro Santaella ....Ponce.
J. Suárez ....Ponce.
G. Vives ....Ponce.
F. Villaronga ....Ponce.
Osvaldo Goyco ....Ponce.
M. R. Zavala ....Ponce.

DISTRITO DE GUAYAMA:

A. Buitrago ....Patillas.
J. E. Berríos ....Yabucoa.
J. G. Bajandas ....Maunabo.
G. S. Bremont ....Guayama.
E. Canino ....Aibonito.
E. Coronas ....Barranquitas.
V. Gutiérrez Ortíz ....Fajardo.
J. Martí Cuyar ....Cayey.
R. Vélez López ....Guayama.
A. Villenueve ....Cayey.
L. Igaravidez ....Guayama.

DISTRITO DE HUMACAO:

J. Barreras ....Juncos.
F. B. Cordero ....Caguas.
G. Carreras ....Viéques.
F. Díaz Costa ....Viéques.
J. A. Díaz................Fajardo.
E. García Lascot ....Humacao
C. García del Valle........Juncos.
A. Márquez ....Aguas Buenas.
S. Veve ....Fajardo.
M. Herrero ....Vieques.
R. Mora Vaamonde ......Fajardo.
A. Paniagua ....Gurabo.
P. J. Palou ....Humacao.
P. Ramos Casellas ....Caguas.
I. Vidal ....Humacao.
Felipe Vizcarrondo ......Fajardo.
Alfonso Paniagua ....Gurabo.
M. Lamela ....Río Grande.
C. Fernández ....Carolina.
J. C. Boneta ....Río Grande.
J. Aubray .... Carolina.
Diego Román Díaz ....Humacao.

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R.

PRESIDENTE.
Dr. R. Velez López.

VICE-PRESIDENTE.
Dr. B. K. Ashford.

TESORERO.
Dr. J. Avilés.

SECRETARIO.
Dr. Jorge del Toro.

CONCEJEROS.
Dr. E. Font Guillot
Dr. M. Quevedo Baez.
Dr. J. López Antongiorgi.

DELEGADOS DE LA CAMARA DE LA ASOCIACION MEDICA DE P. R.

Doctor José Gómez Brioso, San Juan; doctor Arsenio Vallecillo, San Juan; doctor M. Fernández Náter, Bayamón, doctor J. H. Amadeo, Vega Baja; doctor José Marcano, Río Piedras; doctor A. Molina de St. Remy, San Juan.

Doctor Francisco Susoni, Arecibo; doctor Felipe A. García, Camuy.

Doctor Agustín Díez, Lares; doctor M. Rodríguez Cancio, San Sebastián.

Doctor J. E. Berríos, Yabucoa; doctor J. B. Bajandas, Maunabo.

Doctor Felipe Vizcarrondo, Fajardo: doctor P. Ramos Casellas, Caguas.